

# ANAIIS PAULISTAS DE

## MEDICINA E CIRURGIA

VOLUME LXXX

N.º 2

Agosto de 1960

Neste número

Trabalhos Originaes:

Pág.

Atualização da ressecção por exclusão de Finsterer. I. Contribuição experimental — Prof. A. BERNARDES DE OLIVEIRA e Dr. LUIZ ANTONIO MADEIRA .....	89
Atualização da ressecção por exclusão de Finsterer. II. Tática cirúrgica e resultados — Prof. A. BERNARDES DE OLIVEIRA e Dr. LUIZ ANTONIO MADEIRA .....	103
Segurança no fechamento do coto duodenal — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO .....	113
Furto na gestação — Drs. JOAQUIM BUENO NETO, MARCOS WOLOSKER, ANAHEB DERELIAN e OCELVIO MARTINS DE TOLEDO .....	117
O problema de esofagite de refluxo no tratamento cirúrgico do megacólon — Considerações a propósito de 16 casos — Drs. MARCELO RAMOS DE OLIVEIRA, PAULO DAVID BRANCO e PAULO ALTEMBERGER SILVA .....	123
Resultados da gastrectomia pela técnica de Billroth. I. — Drs. DAVID ROSENBERG, FERNANDO DE CAMARGO VILHNA e JOÃO AUGUSTO DE MELO SARAINHA .....	137
Nervos diafragmáticos na criança — Apresentação de um caso — Drs. LAURO AMERICANO SANT'ANA e EMIL BURDMAN .....	151
A criação do Instituto-Hospital para correção dos defeitos do feto — Dr. PAULO DE CASTRO CORREIA .....	157
Boletim do Sanatório São Lucas:	
Os casos em que os parásitos — A propósito de câncer papilífero do ovário — de "ulcus sine ulcus" do duodeno — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO .....	19
Sanatório São Lucas — Movimento cirúrgico .....	32

Redação:



SANATÓRIO SÃO LUCAS

DIRETOR: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pampulíngui, 30 — Caixa Postal 1.574 — São Paulo, Brasil

# MEPRO

## Fórmula:

Meprobamato .....	0,400 g.
Vitamina B <sub>1</sub> .....	0,010 g.
Reserpina .....	0,0001 g.
Excipiente q. s. p. ....	0,500 g.

## INDICAÇÕES

- Como relaxante muscular
- Agente tranquilizador
- Estados ansiosos e tensionais
- Alcoolismo
- Medicação sedativa.

## MODO DE USAR:

2 a 4 comprimidos ao dia, ou como determinar o médico

(Venda sob prescrição médica)

Licenc. pelo S. N. F. M. sob N.º 841/57

Farm. M. P. LANZONI

# GLUCOSSARA

## Fórmula:

Vitamina C .....	0,500 g
Vitamina B <sub>1</sub> .....	0,100 g
Vitamina B <sub>2</sub> .....	0,050 g
Glicocola .....	0,050 g
Sol. glicosada a 30% q. s. p.	10,00 cm <sup>3</sup>

## INDICAÇÕES

- Medicação tônica
- Estados tóxicos ou tóxico infecciosos
- Hipovitaminoses
- Desnutrição
- Convalescença
- Afeções hepáticas

## MODO DE USAR:

1 a 2 ampólas diariamente por via endovenosa,  
ou segundo a indicação médica.

(Venda sob receita médica)

Licenc. pelo S. N. F. M. sob N.º 825/41

Farm. M. P. LANZONI

★  
**LABORATÓRIO PHARMA**

MARCELLO MASSARA & CIA.

Rua Tabatinguera, 164 — São Paulo, Brasil

*Ao Prof.*

*Dr. Benedito Montenegro*



instituto farmacêutico de produtos científicos xavier  
JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.

*Sauda e presta*

*Respeitosas homenagens*

NAS EXCITAÇÕES  
NERVOSAS



# Eleganto!



**NEURO-SEDATIVO - ANTI-ESPASMÓDICO - ANTI-CONVULSIVANTE**

Na hiper-excitabilidade reflexa — Córdio Sedativo — Na Epilepsia (No Eretismo Córdio Vascular, Taquicardia Paroxística, Extra-sístoles funcionais, etc)

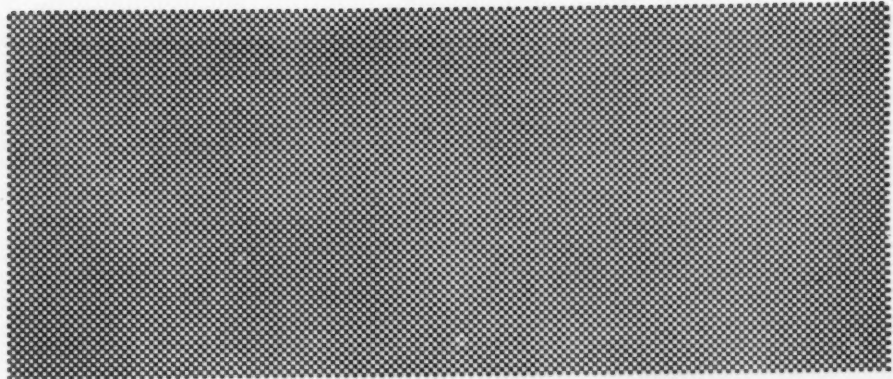
A base do CÉLEBRE LEPTOLOBIUM ELEGANS — CRATAEGUS  
OXIACANTA-BROMURETOS DE AMÔNIO, SÓDIO, POTÁSSIO, etc.

**MODO DE USAR:** { Adultos: 1 colher 15 cc 3 vezes ao dia  
em água açucarada. — Crianças: a metade.

**MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.**  
**PRODUTOS FARMACÊUTICOS**

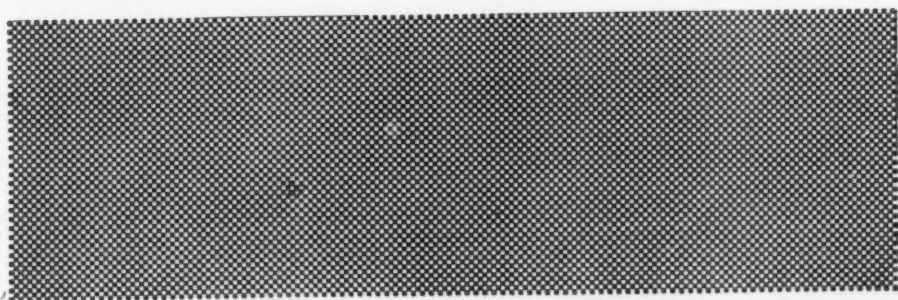
Rua Ruy Barbosa, 365 a 377 — Fones: 33-3426 - 36-8075 — S. PAULO





**TORRES**

LABORATÓRIO



# A. L. R. - Cálcio

## FÓRMULA

*Cada comprimido contém:*

Reserpina .....	0,05 mg
Vitamina B <sub>12</sub> cristalizada ....	12,5 mcg
Vitamina B <sub>1</sub> (cloridrato) ....	8 mg
Vitamina D <sub>2</sub> (200 U.I.) ....	5 mcg
Fosfato dicálcico anidro .....	150 mg
Excipiente — q. s. p. ....	300 mg

# A. L. R.

## FÓRMULA

*Cada 5 cm<sup>3</sup> contém:*

Reserpina .....	0,05 mg
Vitamina B <sub>12</sub> .....	12,5 mcg
Vitamina B <sub>1</sub> (cloridrato) ....	8 mg
Veículo aromatizado — q. s. p.	5 cm <sup>3</sup>

### Propriedades:

O uso intenso da reserpina permitiu verificar que ela tem uma ação anabólica, sendo os seguintes os mecanismos aos quais se podem atribuir suas atividades:

- 1) aumento do apetite, por ação sobre o hipotálamo (centro do apetite);
- 2) efeito tranquilizante. A reserpina controla a tensão nervosa determinando uma redução da atividade, menor consumo de energia;
- 3) por sua atividade diencefálica, a reserpina tem ação de retenção hídrica;
- 4) indivíduos normais (sadios) apresentam diminuição do metabolismo basal sob o tratamento com Reserpina.

As Vitaminas completam a fórmula por suas atividades metabólicas indispensáveis ao desenvolvimento normal.

### Indicações:

*Inapetência, irritabilidade, terror noturno, enurese, espasmofilia, hiperemotividade, insônia.*

★

**LABORATIL S/A. — Indústria Farmacêutica**

**Praça Benedito Calixto, 133 — São Paulo**

INDÚSTRIA BRASILEIRA



nas  
manifestações  
cardíacas  
de origem funcional  
no paciente assoberbado  
pelos seus  
encargos profissionais

**BELLERGA**

elimina todos os sintomas  
neurovegetativos,  
acalma o paciente e  
dissipa a sua ansiedade

**UM PRODUTO SANDOZ**

## EL DRENAJE EN CIRURGIA

E

## SEMIOLOGIA DEL CANCER DEL COLON Y DEL RECTO

Trabalhos do Prof. DOMINGOS PRAT, Professor Emérito da Faculdade de Medicina de Montevidéo, constituem duas publicações de real interesse para a classe médica.

Cr\$ 150,00 e Cr\$ 200,00

★

Os interessados na aquisição dessas obras podem dirigir-se ao

**SANATÓRIO SÃO LUCAS**

Rua Pirapitinguí, 80

## HIPERACIDEZ - SINDROME ULCEROSO

**Alucol  
Magnesiano**

**Alucol  
Composto**

Pastilhas	Composição	Comprimidos
0,18 g	Hidróxido de alumínio coloidal .... (Formando gel, rapidamente, no estômago)	0,375 g
0,06 g	Hidróxido de magnésio .....	0,125 g
—	Extrato de beladona .....	0,010 g
—	Para-aminobenzoato de etila .....	0,020 g
—	Cloridrato de papaverina .....	0,020 g
	por comprimido	

★

**LABORATÓRIO WANDER DO BRASIL S. A.**

# ***Aumento acentuado e duradouro da pressão sanguínea***

por elevação da quantidade de sangue circulante e do volume por minuto, sem aumento notável da frequência das contracções cardíacas e sem estrangulamento da irrigação sanguínea de órgãos de importância vital, por meio do

# **Veritol**

*p* (p-oxifenil)-isopropil-metilamina



**novo**

**medicamento contra o colapso  
e estimulante circulatório  
de acção periférica.**

Estimula a circulação, fazendo reingressar nela o sangue venoso imobilizado em certos territórios. O Veritol dilata os vasos coronários e aumenta a eficiência do trabalho cardíaco.

*Efeito energico tambem por via oral.*

Líquido: Vidros de 10 c.c.    Empólas: Caixas de 5 empólas.

**KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN S/O RHENO**

# SANATÓRIO SÃO LUCAS

Fundação para o Progresso da Cirurgia



RUA PIRAPITINGUI, 80 — TELEFONE: 37-2515  
SÃO PAULO — BRASIL



*Peça informações sobre o “Estágio de aperfeiçoamento”  
mantido pelo Sanatório São Lucas*

# **1** preparado de **Prednisolona** **para uso endovenoso**

## **Solu-Dacortin** *Merck*

**Terapêutica de urgência de  
estados ameaçadores agudos;  
Corticosteroideoterapia  
substitutiva e farmacodinâmica.**

**Caixas com**

**1 ampola de Solu-Dacortin [25 mg de  
succinato de prednisolona (sal sódico)  
liofilizado]**

**1 ampola de 1 cm<sup>3</sup> de água bidestilada**

**Companhia Chimica "Merck" Brasil S. A.**

Caixa Postal 1651 • Rio de Janeiro





# EXCERPTA MÈDICA

*Serviço internacional de resumo, em inglês  
sobre todos os ramos da medicina*

PUBLICAÇÕES MENSAIS:	US\$
I — Anatomia, Antropologia, Embriologia e Histologia . . .	19.00
II — Fisiologia, Bioquímica e Farmacologia . . . . .	37.00
III — Endocrinologia . . . . .	13.00
IV — Microbiologia Médica, Imunologia e Sorologia . . . . .	13.00
V — Patologia Geral e Anatomia Patológica . . . . .	30.00
VI — Medicina Interna . . . . .	30.00
VII — Pediatria . . . . .	13.00
VIII — Neurologia e Psiquiatria . . . . .	19.00
IX — Cirurgia . . . . .	21.00
IX-B — Ortopedia e Traumatologia . . . . .	8.00
X — Obstetria e Ginecologia . . . . .	13.00
XI — Otorrinolaringologia . . . . .	13.00
XII — Oftalmologia . . . . .	13.00
XIII — Dermatologia e Venereologia . . . . .	19.00
XIV — Radiologia . . . . .	13.00
XV — Doenças do Torax . . . . .	16.00
XVI — Câncer . . . . .	15.00
XVII — Saúde Pública, Medicina Social e Higiene . . . . .	16.00
XVIII — Doenças Córdio-vasculares . . . . .	15.00
XIX — Reabilitação . . . . .	15.00
XIX — Gerontologia e Geriatria	

## PUBLICAÇÕES TRIMESTRAIS (Resumos da Medicina Soviética):

### PARTE A:

<i>Ciências Médicas Básicas</i> . . . . .	15.00
---	-------

### PARTE B:

<i>Clínica Médica</i> . . . . .	15.00
<i>Assinatura mista (A e B)</i> . . . . .	25.00

### PUBLICAÇÕES ISOLADAS:

<i>Sinónimos de Farmacologia e Química</i> . . . . .	5.00
<i>Efeitos colaterais dos medicamentos</i> . . . . .	5.00

*Roga-se enviar suas ordens para:*

Seu livreiro

**EXCERPTA MEDICA FOUNDATION, 111 Kalverstraat, Amsterdam, The Netherlands (Holanda).**

**EXCERPTA MEDICA FOUNDATION, 2 East 103rd Street, New York 29, N. Y., U. S. A.**

# QUEMICETINA SUCCINATO

CARLO ERBA

O primeiro cloranfenicol hidrossolúvel permitindo qualquer via de administração:

- intravenosa
- por fleboclise
- intramuscular
- intra-arterial
- endorraqueana
- tópica, superficial e endocavitária
- endobronquial (por instilação e aerosol)

O antibiótico de maior campo de ação, praticamente isento de toxidez  
A  $DL_{50}$  da QUEMICETINA SUCCINATO é de 1000/1500 mg/Kg  
por via endovenosa

(CHECCACCI L., "Minerva Médica", XLIX, 1958)

Frasco-ampôla de 1 g — Frasco-ampôla de 0,250 g  
como cloranfenicol sintético levógiro, liofilizado,  
acompanhados de ampolas de diluente.

QUEMICETINA ERBA tem a linha mais extensa de apresentações:

- \* QUEMICETINA DRÁGEAS
- \* QUEMICETINA POMADA DERMATOLÓGICA
- \* QUEMICETINA POMADA NASAL
- \* QUEMICETINA OFTÁLMICA (Pomada e Colírio)
- \* QUEMICETINA SOLUÇÃO OTOLÓGICA
- \* QUEMICETINA SUPOSITÓRIOS
- \* QUEMICETINA ÓVULOS
- \* QUEMICETINA VELAS
- \* QUEMICETINA XAROPE



*Carlo Erba do Brasil S.A.*

*Indústria Químico Farmacêutica*

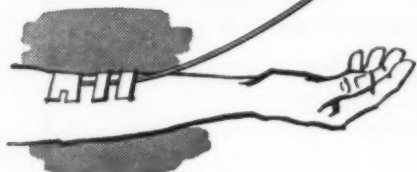
Avenida Conselheiro Rodrigues Alves, 3465, Brooklin Paulista  
Fone: 61-0998 — Caixa Postal, 21.006 — SÃO PAULO

**do laboratório...  
ao paciente**



**SOLUÇÕES**

**BAXTER**



**oferecem sempre**

- \* pureza inexcelsível
- \* precisão invariável
- \* confiança absoluta

Até chegar ao paciente, as Soluções Baxter passam por toda uma série de rigorosíssimos testes para lhes assegurar o mais alto padrão de qualidade. Eis porque a Classe Médica confia nas Soluções Baxter - o máximo em terapêutica parenteral de dosagem maciça.

**SOLUÇÕES BAXTER**

Fabricadas no Brasil por

**INDÚSTRIAS QUÍMICAS MANGUAL S. A.**

Matriz: Rio de Janeiro - R. Real Grandeza, 293 - Tel.: 46-8050 - Cx. P. 3.705 - Teleg.: "Pico1"  
Laboratórios: Duque de Caxias (RJ) - Rua Campos, 543

Filial: São Paulo - Rua Manoel Dutra, 218 - Telef.: 32-9826 - Enderêço Telegráfico: "Baxter"

# RADIOVITAMINA

*Nas carências vitamínicas e minerais*

*Nos estados de desnutrição e convalescenças*

## ELIXIR

*Cada colher de sopa, de capacidade média de 15 cm<sup>3</sup> contém:*

Cloridrato de tiamina (vitamina B1) .....	4,00 mg
Riboflavina (vitamina B2) .....	1,00 mg
Cloridrato de piridoxina (vitamina B6) .....	1,50 mg
Niacinamida .....	15,00 mg
Pantotenato de cálcio .....	1,50 mg
Ácido ascórbico (vitamina C) .....	150,00 mg
Vitamina A .....	600 u.U.S.P.
Vitamina D2 .....	100 u.U.S.P.
Glicerofosfato dec cálcio ..	110,00 mg
Glicerofosfato de sódio ...	80,00 mg
Glicerofosfato de magnésio ..	75,00 mg
Malte .....	2500,00 mg
Alcool a 90° .....	2,5 cm <sup>3</sup>
Xarope .....	2,5 cm <sup>3</sup>
Água aromatizada q.s.p. ..	15,0 cm <sup>3</sup>

## DRÁGEAS

*Cada drágea de peso médio de 0,5 g contém:*

Cloridrato de tiamina (vitamina B1) .....	2,5 mg
Riboflavina (vitamina B2) .....	0,50 mg
Cloridrato de piridoxina (vitamina B6) .....	0,75 mg
Niacinamina .....	7,50 mg
Pantotenato de cálcio .....	0,75 mg
Ácido ascórbico (vitamina C) .....	75,00 mg
Vitamina A .....	300 u.U.S.P.
Vitamina D2 .....	50 u.U.S.P.
Glicerofosfato de cálcio ...	55,00 mg
Glicerofosfato de sódio ...	40,00 mg
Glicerofosfato de magnésio ..	37,50 mg
Drageado q.s.p. ....	500,00 mg

+

APRESENTAÇÃO: Frascos de 250 cc e caixas com 30 drágeas.

# COLICLASE

*Para o tratamento da disenteria bacilar,  
nas colítes e enterocolítes*

## SUSPENSÃO XAROPOSA

*Cada 60 cm<sup>3</sup> contém:*

Sulfato de neomicina .....	0,30 g
Ftalilsulfatiazol .....	3,00 g
Bromometilato de homatropina .....	0,0015 g
Goma adraganta .....	0,20 g
Pectina .....	0,20 g
Carboximetilcelulose .....	1,20 g
Metilparabeno .....	0,15 g
Glicerina .....	5 cm <sup>3</sup>
Água destilada .....	10 cm <sup>3</sup>
Xarope simples q.s.p. ....	60 cm <sup>3</sup>

## COMPRIMIDOS

*Cada comprimido de 0,60 g contém:*

Sulfato de neomicina .....	0,05 g
Ftalilsulfatiazol .....	0,50 g
Bromometilato de homatropina .....	0,00025 g
Excipiente q.s.p. ....	0,60 g

+

APRESENTAÇÃO: Em frascos de 60 cm<sup>3</sup> e em embalagem com 20 comprimidos

+

LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S.A.

# **INSTITUTO RADIOLÓGICO "CABELLO CAMPOS"**

## **Radiodiagnóstico e Radioterapia**

***Diretor: Dr. J. M. CABELLO CAMPOS***

***(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)***



**RUA MARCONI, 94 - 2.º andar — Telefone 34-0655  
SÃO PAULO**

# **NOROCOLINA**

**Vaso-dilatador coronariano e diurético**

**FÓRMULA:**

Cada drágea contém 100 mg de teofilinato de colina.

**INDICAÇÕES TERAPEÚTICAS:**

- 1) Asma brônquica.
- 2) Como dilatador das coronárias, na angina pectoris e enfarte do miocárdio.
- 3) Na insuficiência cardíaca congestiva, como diurético, seja sozinho ou associado aos mercuriais, cujo efeito diurético reforça e potencia.

**MODO DE USAR:**

1 a 3 ou mesmo 4 drágeas, 4 vezes ao dia.



**LABORATÓRIO TERÁPICA PAULISTA S/A.**

**Rua Fernão Dias, 82 — Fone 80-0684 — Caixa Postal, 487**



**Na alimentação  
pré-láctea...**

**DEXTRINA**  
(14,0%)

**MALTOSE**  
(20,0%)

**Nessucar**

**AÇÚCAR NUTRITIVO**

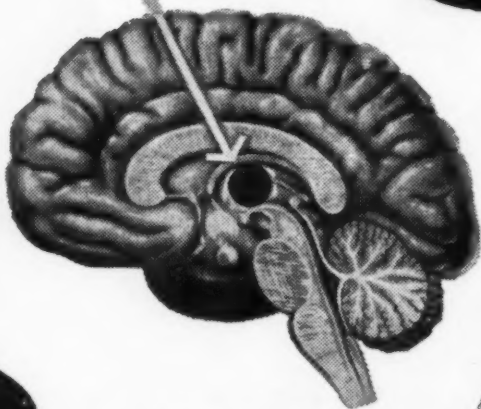
uma especialidade



# hartol

**Tálamo**  
zona de ação de

hartol

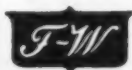


hartol

é o 2-metil-2-n-propil-propanodiol (drágeas)

- eficaz
- seguro
- tranquiliza sem deprimir

INDICADO NOS CASOS DE "STRESS" ASSO-  
CIADO OU NÃO A DOENÇAS ORGÂNICAS



Indústrias Farmacêuticas  
**Fontoura-Wyeth S.A.**

TRADIÇÃO E QUALIDADE A SERVIÇO DA PRÁTICA MÉDICA

Nos Estados Unidos: **Wyeth Laboratories** — Philadelphia  
No Brasil: **Ind. Farmacêuticas Fontoura-Wyeth S.A.** — S. Paulo



# STRYCHNANEURIN B<sub>12</sub>

(VITAMINA B<sub>12</sub>+VITAMINA B<sub>1</sub>+SULFATO DE ESTRICNINA)

*Tônico neuro-muscular por excelência*

**Strychnaneurin B<sub>12</sub> 50 mcg**

(1 mg Sulfato de Estricnina + Vitamina B<sub>1</sub> + Vitamina B<sub>12</sub>)

**Strychnaneurin B<sub>12</sub> 100 mcg**

(2 mg Sulfato de Estricnina + Vitamina B<sub>1</sub> + Vitamina B<sub>12</sub>)

**Strychnaneurin B<sub>12</sub> 500 ou 1.000 mcg**

(2 mg Sulfato de estricnina + 100 mg Vitamina B<sub>1</sub> + Vitamina B<sub>12</sub>)

★

*Amostras e literatura à disposição dos Srs. Médicos*

**LABORATÓRIOS NOVOTHERAPICA S. A.**

Rua Pedroso de Moraes, 1157 — Fone 80-2171 — São Paulo

# PHILERGON - Fortifica de fato

Uma colherada às refeições

# RUBROMALT

*Extrato de malte*

*Com as Vitaminas B<sub>12</sub>, A e D*

*Complexo B, Extrato de Fígado*

*Aminoácidos e Minerais.*

★

**INSTITUTO TERAPEÚTICO ACTIVUS LTDA.**

Rua Pirapitinguí, 165 — São Paulo, Brasil

# AMPLICTIL

4560 RP

## CLÍNICA GERAL

Náuseas, vômitos, soluços, insônias, asma. Distonias neurovegetativas diversas: distúrbios hepatovesiculares, colites espasmódicas, cardespasmas, perturbações de origem tireoideana. Síndromes graves das doenças infecciosas. Algias rebeldes: dores cancerosas, reumáticas, zosterianas, pós-operatórias e outras. Pruridos de origem interna: diabetes, icterícia, intolerâncias alimentares - Eczemas pruriginosos.



## APRESENTAÇÕES

### AMPLICTIL

Frascos de 30 e de 250 comprimidos a 25 mg  
Caixas de 5 e de 25 ampolas de 5 cm<sup>3</sup> a 25 mg,  
para uso intramuscular ou intravenoso

### AMPLICTIL-GOTAS

Frasco de 10 cm<sup>3</sup> de solução a 4%.  
Cada gota corresponde a 1 mg de base ativa.



A clorpromazina - descoberta original de Rhône-Poulenc-Spécia - é apresentada em vários países sob marcas registradas diferentes, a saber:

AMPLIACTIL,	na Argentina
AMPLICTIL,	no Brasil
HEBANIL,	na Noruega
HIBERNAL,	na Suécia
LARGACTIL,	na França
MEGAPHEN,	na Alemanha
THORAZINE,	nos Estados Unidos da América
WINTERMIN,	no Japão

## RHODIA

Caixa Postal 8095  
São Paulo, SP



*A marca de confiança*

# AMINO-CRON

— T Ó P I C O —

Succinato de sulfanilamida sódica ....	6,25 g
Mercurocromo .....	2,00 g
Glicerina ....	5,00 g
Água fervida .....	100 cm <sup>3</sup>

*No tratamento tópico das infecções  
estrepto-estafilocócicas*

# AMINO-CRON

— C I R Ú R G I C O —

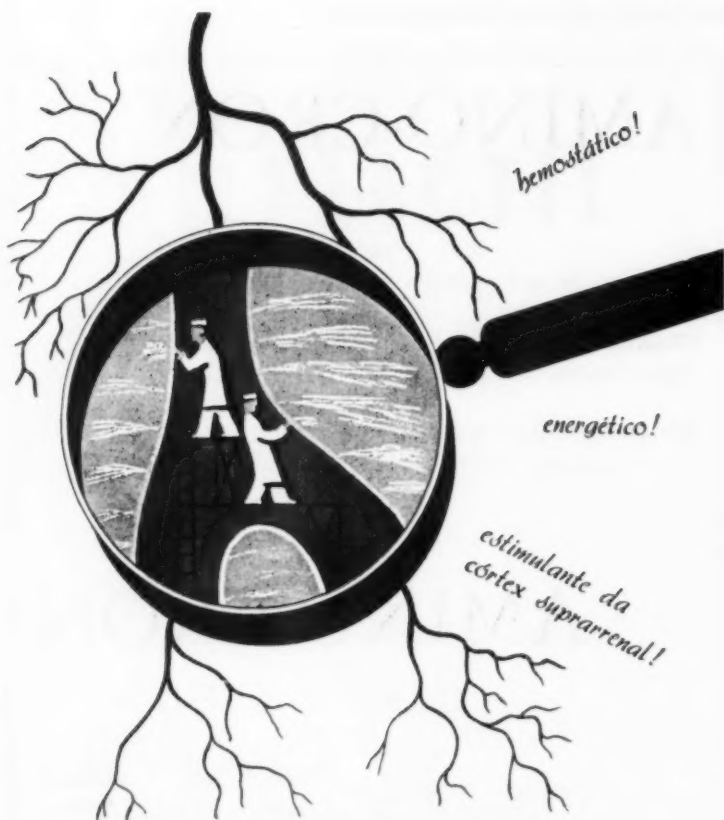
Sulfanilamida — Mercurocromo — Álcool — Acetona.

*Uso tópico, pré-operatório —  
Assepsia local*



**LABORATÓRIO YATROPAN S. A.**

Av. Brigadeiro Luís Antônio, 290 — Telefones: 35-8485 e 35-1013



# PERMIPLAS

Substituto do plasma sanguíneo  
Normalizador da permeabilidade capilar

Mono-semicarbazona do adrenocromo (MSA) em solução isotônica de sais minerais, com pH=7

**Choques hemorrágico e não hemorrágico (traumático, tóxico,  
cirúrgico e decorrente de queimaduras).**

**Prevenção e tratamento de hemorragias operatórias.**

Frasco com 500 ml

LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS VICENTE AMATO-USAFARMA S/A. — S. PAULO

*Homenagem ao Prof.*

*Benedito Montenegro*

*na passagem do seu*

*Jubileu de Ouro*





*Professor Benedicto Montenegro*

## Professor Benedicto Montenegro

*Comemorando o jubileu de ouro da atividade profissional do Professor Benedicto Montenegro, resolveram os seus discípulos homenageá-lo com a publicação de coletâneas de trabalhos, enfeixados em edições especiais a êle dedicadas.*

*Assim o fez a **Revista do Hospital das Clínicas**, com a sua publicação de agôsto de 1960, e assim o fazemos nós dedicando-lhe, igualmente, o presente número dos **Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia**.*

*Estas coletâneas se constituem em singelo preito ao sempre estimado mestre de todos nós — ao mestre que, durante dez lustros contribuiu para a cirurgia brasileira, com inúmeros e assinalados serviços, criando verdadeira Escola, deixando orientação normativa para vários problemas, de que foi o introdutor no nosso meio, exercendo em suma, benéfica influência para o bem da coletividade.*

*Êstes números, homenageando o preclaro Professor, juntamente com os pronunciamentos já feitos na **Revista de Cirurgia de São Paulo**, em outubro de 1943 e nestes mesmos **Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia**, em setembro de 1957, são o testemunho de como, em diversas oportunidades, os seus discípulos, de várias gerações, vêm aplaudindo e saudando tôda uma vida dedicada à Cirurgia.*

*São Paulo, agôsto de 1960*

MÁRIO RAMOS DE OLIVEIRA

EURICO BRANCO RIBEIRO





# Tetrin

N-(pirrolidinometil) tetraciclina

derivado de síntese da tetraciclina

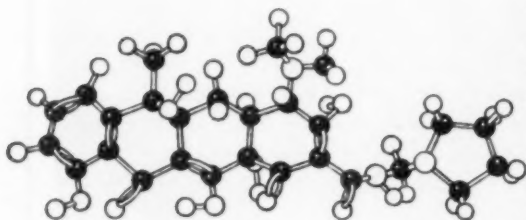
**2500** vezes mais solúvel para uso injetável

## VANTAGENS DO I.M.

Injeções menos dolorosas que as demais tetraciclina  
Absorção rápida e eficaz no local da aplicação  
Níveis sanguíneos elevados e duradouros  
Uma única injeção diária

## VANTAGENS DO I.V.

Níveis sanguíneos elevados e duradouros  
Injeção direta na veia\* (350 mg em 10 cm<sup>3</sup>) em apenas 2 minutos  
Completamente indolor  
Sem os inconvenientes das injeções demoradas (gota a gota)



## apresentações:

**TETRIN ENDOVENOSO - 700 mg**  
Cada frasco-ampola contém:  
N-(pirrolidinometil) tetraciclina... 700 mg  
**TETRIN ENDOVENOSO - 350 mg**  
Cada frasco-ampola contém:  
N-(pirrolidinometil) tetraciclina... 350 mg  
**TETRIN I. M. - 150 mg**  
Cada frasco-ampola contém:  
N-(pirrolidinometil) tetraciclina... 150 mg  
**TETRIN I. M. - 350 mg**  
Cada frasco-ampola contém:  
N-(pirrolidinometil) tetraciclina... 350 mg

absorção rápida e eficaz no  
local da aplicação intramuscular

LABORTERAPICA-BRISTOL S. A. - Ind. Química e Farmacêutica  
RUA CARLOS GOMES, 924 (SANTO AMARO) SÃO PAULO

# Atualização da ressecção por exclusão de Finsterer

## I — Contribuição experimental

Prof. A. BERNARDES DE OLIVEIRA

(Catedrático da Clínica Cirúrgica da Escola Paulista de Medicina)

Dr. LUIZ ANTONIO MADEIRA

(Assistente de cirurgia da Escola Paulista de Medicina)

- SUMÁRIO: 1) *Introdução.*  
2) *Método experimental utilizado.*  
3) *Irrigação sanguínea do cólo antral.*  
4) *Técnicas de fechamento do cólo antral.*  
5) *Papel fisiopatológico da mucosa do antro na secreção ácida do estômago e na gênese das úlceras secundárias à res. p. excl.*  
6) *Prioridade da manobra de excisão da mucosa do antro na res. p. excl.*  
7) *Técnica da excisão da mucosa antral.*  
8) *Conclusões.*  
9) *Bibliografia.*

### 1) *Introdução*

A ressecção por exclusão proposta por Finsterer em 1918 (10) nem sempre foi bem compreendida e praticada, não só no nosso meio como também no estrangeiro.

Um de nós, em 1934 (2), ao fazer a apreciação desse método, expendeu opinião baseada na execução inadequada de sua técnica.

Posteriormente, em 1947, Vasconcellos (23) no seu livro recomenda um detalhe, que reputa importante, "a ligadura sistemática, acima do duodeno, da artéria gastro-duodenal, para prevenção da

hemorragia com frequência provocada pelo traumatismo operatório". O que vale dizer ter havido trauma do duodeno provocado pelas manobras destinadas a mobilisá-lo, as quais, sendo infrutíferas, levaram o operador a optar pelo Finsterer. Além do trauma duodenal teremos também o côto antral desprovido da sua circulação, o que se deve evitar, como veremos.

Alfredo Monteiro (20) ainda na recente edição do seu livro, apresenta na página 353 uma figura dessa técnica onde os vasos das duas curvaturas do antro acham-se metódicamente ligados.

Na literatura estrangeira, da mesma maneira, encontram-se, com frequência, descrições incompletas e imperfeitas, haja à vista o recente livro de Vernejoul, Henry e Devin (24) onde nas páginas 74 e seguintes, acha-se a res. p. excl. descrita de maneira inadequada. Constitui exceção a essa regra a descrição minuciosa e exata da res. p. excl. que se encontra no livro de Welch (26) sob a denominação de operação de Bancroft.

Devido a tais imprecisões e falhas é que julgamos oportuna a publicação das comprovações experimentais por nós realizadas em torno do assunto, pois que as aplicações práticas que delas decorrem são de enorme alcance clínico, visto, a nosso vêr, constituir a res. p. excl. de Finsterer um recurso técnico de alta valia para tornar a cirurgia da úlcera mais benigna. Na segunda parte deste trabalho, dedicada às aplicações práticas, iremos demonstrar o valor dessa técnica na redução da mortalidade operatória da gastrectomia por úlcera duodenal.

Antes de entrarmos na descrição das experiências efetuadas seja-nos permitido esclarecer que muitas das conclusões e normas que o tirocinio cirúrgico nos ditou e a experiência em animais ensinou já estavam claramente expressas no trabalho original de Finsterer (10) e apenas não eram do nosso conhecimento, como também não era do conhecimento da maioria dos que sobre o método escreveram. Assim foi que redescobrimos muitos pontos de importância que já tinham sido abordados desde 1918 pelo próprio Finsterer, como nos foi demonstrado pela leitura do capítulo dedicado ao tema no recente livro de Wittmoser (27). Este A. transcreve textualmente vários trechos do trabalho de Finsterer de modo a esclarecer o leitor integralmente e dispensar a leitura do original.

## 2) *Método experimental utilizado*

Trabalhamos com cães mestiços, pesando de 8 a 14 kilos, fornecidos pelo biotério da Escola Paulista de Medicina. A anestesia empregada foi o Nembutal por via intra-peritoneal na dose de 3,4 a 4 centigramas por quilo. Antissepsia cutânea com álcool iodado, após tricotomia. Laparotomia mediana supra-umbelical. Reconstituição da parede por planos separados: peritônio, linha alba e pele, com pontos separados de algodão 50. Nas suturas digestivas

usamos cat-gut atraumático simples nos planos mucosos, algodão 50 em pontos separados nos demais planos. Proteção da sutura cutânea com colódio.

A preparação básica utilizada em todos os animais foi uma bissecção do estômago ao longo de uma linha que partindo da *incisura angularis* atinge, com trajeto oblíquo, a grande curvatura. Assim sendo, o estômago fica dividido em duas partes sem que tenha havido ressecção de tecido gástrico. A seguir o segmento proximal do estômago é anastomosado ao duodeno, ou ao jejuno, ou, ainda, ao íleo terminal Fig. 1-A, para constituir variantes da reconstituição do trânsito. O segmento distal do estômago, que é formado pelo antro, sofreu tratamentos técnicos vários, a saber: retirada ou não da mucosa; ligadura Fig. 1-B ou não Fig. 1-C dos vasos das suas duas curvaturas: técnicas diversas de fechamento de sua linha de secção e de obliteração de sua luz.

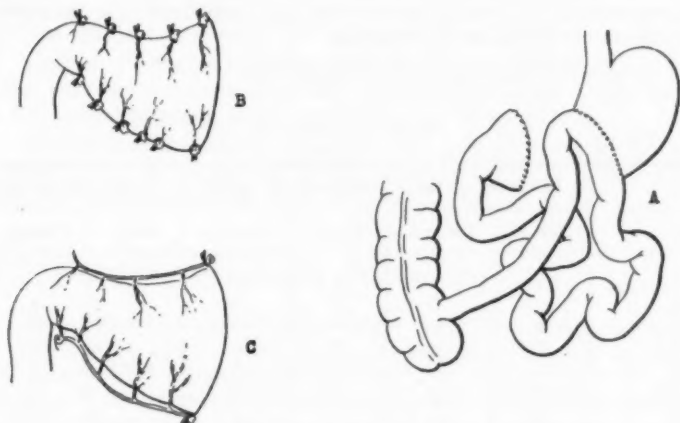


FIG. 1 — Esquema das experiências realizadas (Ver texto).

Os animais, após as operações, eram recolhidos à enfermaria do biotério e convenientemente tratados, inclusive com antibióticos, para evitar complicações. Usamos 11 animais ao todo, não tendo havido mortalidade operatória.

Analisaremos, a seguir, os resultados das experiências feitas.

### 3) Irrigação sanguínea do côto antral

Em dois animais (N.º 1 e 6) praticamos a ligadura metódica de todos os pedículos vasculares da pequena e da grande curvaturas do antro, desde o nível da bissecção gástrica até o duodeno Fig. 1-B. No cão N.º 1 foi a mucosa do antro excisada, no cão N.º 6 a mucosa

foi conservada. Ambos esses animais sucumbiram após uma semana e a autópsia revelou, nos dois casos, peritonite difusa por esfacelo do antro remanescente.

Nos 9 animais restantes não foi feita ligadura dos vasos do antro que ficou, assim, com sua irrigação sanguínea perfeitamente conservada Fig. 1-C. Para tanto foram tomadas precauções especiais no sentido de serem evitadas manobras capazes de dilacerar tecidos e romper êsses vasos. Em 3 animais foi a mucosa do côto antral conservada, e em 6 foi a mucosa excisada. Esses animais foram autopsiados após intervalos variáveis de decurso pós-operatório não se verificando, em nenhum dêles, necrose do antro, que sofria evolução diversa consoante ter sido ou não conservada a sua túnica mucosa. Assim, quando a mucosa tinha sido excisada o antro, embora sem esfacelo, evoluía para a transformação em um bloco fibroso e atrófico, sendo possível a separação das suas paredes nos casos recentes e havendo fusão completa nos casos mais antigos. Quando a mucosa era conservada o côto apresentava-se algo atrofiado mas mantinha seu aspecto mais ou menos normal.

O quadro I resume os fatos observados.

QUADRO I

CÃO N.º	VASOS DO ANTRO		MUCOSA DO ANTRO		EVOLUÇÃO ANTRO	
	Ligad.	Conserv.	Excis.	Conserv.	Necr.	Conserv.
1.....	x	—	x	—	x	—
2.....	—	x	x	—	—	x
3.....	—	x	x	—	—	x
4.....	—	x	x	—	—	x
5.....	—	x	—	x	—	x
6.....	x	—	—	x	x	—
7.....	—	x	—	x	—	x
8.....	—	x	—	x	—	x
9.....	—	x	x	—	—	x
10.....	—	x	x	—	—	x
11.....	—	x	x	—	—	x

**Comentários:** De tais experiências podemos concluir que: —  
1.º) A ligadura dos vasos da pequena e da grande curvaturas do côto antral excluído acarreta a necrose desse segmento gástrico por isquemia, quer tenha sido conservada túnica mucosa desse mesmo segmento, quer tenha sido ela excisada.

2.º) A retirada cirúrgica da mucosa do antro excluído não acarreta distúrbios da sua nutrição.

Como aplicação prática desses ensinamentos deduz-se que não se deve recorrer à res. p. excl. de Finsterer após ter sido feito o isolamento e a libertação do antro por meio das ligaduras de todos os

seus vasos, pois o côto remanescente iria, com isso, esfacelar-se e desunir-se. Consequentemente torna-se claro que a res. p. excl. de Finsterer deve ser conduzida a ser decidida de início e não recurso de emergência utilizado após tentativas frustradas de libertação do duodeno.

As conclusões a que chegamos pelo estudo experimental da importância da preservação da irrigação sanguínea do côto antral coincidem em absoluto com o que se encontra em Wittmoser (27), a saber: Na página 217: "Seul, le choix précoce du procédé adéquat assure ses avantages à la r. p. e. car il faut conserver suffisamment de vaisseaux pour pouvoir faire le cas échéant un moignon antral. "Le canal sero-musculaire privé de sa muqueuse est très sensible aux troubles de nutrition, probablement parce que la sous-muqueuse fait défaut. Il faut donc conserver le plus grand nombre possible de rameaux vasculaires. "E esclarece, a seguir: "Les quelques cas rapportés d'auto-digestion de moignons antraux dépourvus de muqueuse (Fuchs, Nordamnn cité par von Haberer) étaient probablement dus à des troubles de nutrition du moignon."

Curioso é notar-se que um ponto de tão relevante alcance não tenha sido devidamente abordado e considerado por quase todos os AA. que descrevem, comentam e criticam a res. p. excl.

Os únicos trabalhos que analisam essa questão e a colocam nos devidos termos são, além do já citado Wittmoser (27), o artigo de Cole (5) e o capítulo do livro de Welch (26).

#### 4) *Técnicas de fechamento do côto antral*

Para determinarmos o melhor meio de realizar-se o fechamento do côto antral. após a excisão da mucosa, aproveitamos as experiências feitas em 6 animais, ou sejam os cães Nos. 2, 3, 4, 9, 10 e 11. Como se vê no quadro I êsses animais tiveram a irrigação sanguínea do antro conservada e a mucosa excisada. Nêles fizemos modalidades várias de fechamento do côto antral.

No cão N.º 2. após a retirada da mucosa até ao nível do piloro, foi praticada a êsse nível a sutura do plano mucoso com pontos separados. Os vasos que sangraram na parede interna do antro, no plano sub-mucoso, durante a dissecação da mucosa, foram pinçados com pinças mosquito e depois ligados com algodão N.º 50. Fechada a mucosa ao nível do piloro não foi colocado ponto algum de aproximação das paredes do antro, ficando assim um espaço virtual disponível. Ao nível da brecha de secção faz-se o fechamento do antro com pontos separados totais em um único plano (sem recobrimento sero-seroso). Procurava-se, desta maneira, facilitar o aparecimento de qualquer coleção (sangue, soro ou puz) na cavidade virtual deixada. O animal foi sacrificado 10 dias após a operação, e, na autópsia, o côto achava-se íntegro e transformado em bloco em vias de fibro-

sar-se. Não havia peritonite. Por aí ficou claro que o tecido bem vascularizado das paredes do antro excluído defendeu-se contra a inevitável contaminação operatória, e, ainda, que uma boa hemostasia preveniu o aparecimento de hematoma secundário na cavidade virtual deixada.

No cão N.º 3 seguiu-se exatamente a mesma técnica para tratamento do côto antral apenas sendo feito um segundo plano seroso de recobrimento ao nível da brecha de secção. O animal evoluiu bem sendo sacrificado no 8.º dia após a operação. Na autópsia encontramos aderências frouxas do côto à parede abdominal ao nível da cicatriz laparotômica. O côto antral íntegro estava apenas atrofiado e em vias de sofrer transformação fibrosa. Esta técnica, como a primeira, apresentou evolução favorável, não houve desunião, hematoma ou supuração.

No cão N.º 4 foram observados os mesmos detalhes das operações acima com a diferença apenas de ter sido feita a sutura da brecha de secção por meio de pontos invaginantes de Schmieden, em chuleio contínuo de cat-gut 00 montado em agulha atraumática. O animal foi sacrificado 10 dias após a operação e os achados de autópsia superpunham-se aos do cão N.º 2.

Nos animais 9, 10 e 11 seguiu-se uma técnica padrão que consistiu no fechamento do plano mucoso ao nível do pilóro com pontos separados de algodão fino (N.º 50); pontos separados aproximando as superfícies internas do côto antral, após ligadura cuidadosa de todos os vasos; sutura da brecha terminal com pontos totais de algodão N.º 50 separados por espaço de  $\frac{1}{2}$  cm. Esses animais foram conservados. O cão N.º 9 morreu no 30.º dia e achava-se caquético. O côto antral achava-se, na autópsia, transformado em bloco fibroso. O cão N.º 10 morreu após 24 dias e o cão N.º 11 após 69 dias, apresentando ambos, na autópsia, os mesmos achados do cão N.º 9 para o lado do antro excluído.

**Comentários:** A conclusão a que chegamos é que qualquer dos métodos seguidos apresentou evolução favorável. Embora estivessem conservados os vasos das curvaturas antrais não surgiram hematomas nos 3 casos em que foram deixadas cavidades virtuais (Cães 2, 3 e 4), o que se explica pela meticulosa hemostasia do plano de descolamento sub-mucoso. Não obstante, preferimos adotar como técnica padrão aquela utilizada nos 3 últimos animais e que consistia na aproximação das paredes do antro por meio de pontos delicados e de tal modo colocados que ficavam tais paredes juxtapostas e bem adaptadas para impedir a coleta de sangue ou a formação de bolsas supuradas. Esta técnica, como as outras, mostrou-se de todo favorável. Como vimos anteriormente, complicações ao nível do côto só apareceram como consequência da sua desnutrição devido ao efeito das ligaduras dos vasos das curvaturas e comprometimento da própria irrigação sanguínea.



Esta técnica padrão por último referida corresponde exatamente àquela que utilizamos no indivíduo humano e está bem representada pela figura de Cole (5) aqui reproduzida (Fig. 2).

A técnica de Plank recomendada por Gueullette (12) e que consiste na aproximação das paredes do côto por meio de pontos em U transfixando todos os planos, não nos agrada visto poder acarretar áreas de constrição vascular e comprometimento da vitalidade dos tecidos do antro.

5) *Papel fisio-patológico da mucosa do antro na secreção ácida do estômago e na gênese das úlceras secundárias à res. p. excl.*

As observações clínicas já tinham mostrado, de longa data, que na res. p. excl., se fôr deixada mucosa do côto antral, surgem subsequentemente, úlceras secundárias com enorme frequência.

Apenas a título de ilustração desse ponto vamos reproduzir o quadro que Ivy, Grossman e Bachrach apresentam no seu recente e muito completo livro (14).

## QUADRO II

(Seg. IVY, GROSSMAN e BACHRACH, *loc. cit.*)

A U T O R	ANOS	DURAÇÃO DO FOLLOW-UP	N.º CASOS SEGUIDOS	N.º REIN- CIDÊNCIAS	% REIN- CIDÊNCIAS
<i>Grupo A (Sem excisão mucosa antral):</i>					
Ogilvie.....	1938	mais 2 anos	22	9	40,9 %
Kiefer.....	1942	mais 1 ano	30	7	23,3 %
Allen & Welch....	1942	2 a 11 anos	9	5	55,6 %
Steinberg.....	1947	?	14	3	21,4 %
Gaviser.....	1948	2 a 7 anos	6	3	50,0 %
Gardner & Hart...	1948	0 a 8 anos	11	1	9,1 %
Wells & Brewer...	1948	mais 2 anos	31	20	64,5 %
			123	48	39,0 %
<i>Grupo B (Com excisão mucosa antral):</i>					
Allen & Welch....	1942	2 a 11 anos	12	0	0 %
Gardner & Hart...	1948	0 a 8 anos	12	0	0 %
Gaviser.....	1948	2 a 7 anos	55	1	1,3 %
			79	1	1,02 %

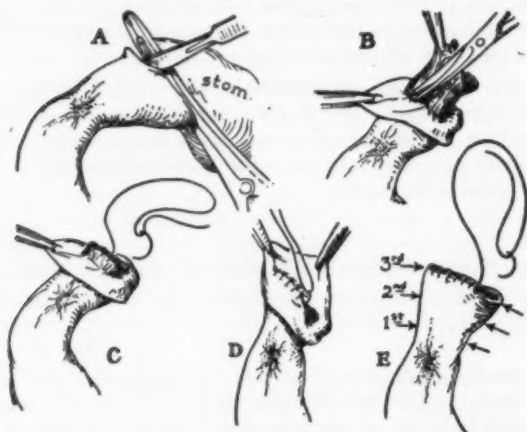


FIG. 2 — Excisão da mucosa antral, segundo figura de Cole (5), que atribue essa técnica a Brancoft.

Não obstante haverem a experiência clínica e as investigações de laboratório amplamente demonstrado a importância da mucosa do antro excluído na gênese das úlceras secundárias, resolvemos realizar uma pequena série de experiências em cães para mais uma vez confirmar esse ponto.

Para tanto realizamos, num grupo de animais, a preparação padronizada seguinte: Bisseção do estômago de maneira a separar o antro do corpo (como já foi descrito anteriormente); anastomose do estômago proximal ao íleo terminal; tratamento do côto antral de uma das duas maneiras seguintes: a) côto com túnica mucosa conservada era fechado ao nível da brecha de secção; b) côto com a túnica mucosa excisada igualmente fechado ao nível da brecha de secção. Quando se fazia a retirada da mucosa havia especial empenho para que não restasse porção alguma de mucosa gástrica, sendo sempre preferível a invasão da excisão para o lado do duodeno do que o risco de ser deixada alguma porção de mucosa do antro. Os animais foram todos conservados para ser observada a evolução por eles apresentada e as consequências dessas experiências. O quadro III resume tais dados.

Por aí se vê que a excisão da mucosa do côto antral excluído coincidindo com um estado de grande desnutrição acarretado pela anastomose do estômago ao íleo terminal, em nenhum caso permitiu observar-se o aparecimento de úlceras, embora as sobrevidas tenham ido até 69 dias. Em contraposição verifica-se que a conservação da mucosa do côto antral excluído, nas mesmas condições de desnutrição, acompanhou-se do aparecimento de úlceras juxta-anastomóticas em todos os animais.

## QUADRO III

CÃO N.º	MUCOSA ANTRAL		EVOLUÇÃO	ACHADOS DE AUTÓPSIA
	Conser.	Retir.	Óbito	
5	x	—	50.º dia	Úlcera juxta-anastomótica perfurada. Peritonite. Caquexia.
7	x	—	10.º „	Úlcera juxta-anastomótica perfurada. Caquexia.
8	x	—	20.º „	3 úlceras juxta-anastomóticas, sendo 1 perfurada. Peritonite.
9	—	x	30.º „	Caquexia. Ausência de úlceras.
10	—	x	24.º „	Caquexia. Ausência de úlceras.
11	—	x	69.º „	Caquexia. Ausência de úlceras.

Comprovou-se, portanto, aquilo que era de esperar. As observações foram feitas em dois grupos perfeitamente comparáveis e a incidência ou a ausência de úlceras foi de 100% em cada grupo, o que dá valor absoluto a tais achados experimentais.

**Comentários:** A explicação dessa desagradável seqüela era dada pela noção, oriunda dos trabalhos de Edkins (8), segundo a qual da mucosa do antro parte um hormônio, a gastrina, que vai agir sobre as glândulas do corpo e fundo gástricos provocando a atividade secretora cloridro-péptica, que lhes é peculiar. Assim, embora a secreção do próprio antro seja alcalina, é daí que parte um estímulo hormonal que é um dos fatores da secreção ácida do estômago. A manutenção desse efeito, na res. p. excl., iria explicar a persistência da hiperacidez e o aparecimento das úlceras secundárias.

No entanto observações ulteriores, Wangenstein (25) e experiências outras vieram trazer dúvidas quanto à validade dessa explicação simplicista, pois, ao contrário do que se supunha, o antro poderia representar um papel protetor em relação ao aparecimento de úlceras, já que era lícito supor que dele poderia partir um princípio inibidor da secreção ácida do estômago.

Com efeito, em 1954, Stat et al (21) mostraram que sendo feita a ressecção de 50% da área secretante do corpo do estômago e anastomose do segmento ao antro (ressecção segmentar), a incidência de úlceras experimentais provocadas pela injeção de histamina é menor do que quando era feita a retirada do antro e anastomose gastroduodenal (Billroth I) ou gastro-jejunal (Billroth II). Aliás, as experiências de Dradgsted et al (6) já tinham revelado que a aplicação de ácido numa bolsa antral isolada inibe a secreção ácida do estômago.

Falando em pról de uma ação peculiar do antro temos ainda as investigações de Brackney et al (3) que, em 1954, mostraram o mesmo efeito da conservação do antro (ressecção segmentar) em oposição à frequência das úlceras secundárias da exclusão. Admitem esses AA. que o antro achando-se banhado por conteúdo ácido deixa de exercer efeito excitante sobre a secreção ácida. Harrison et al (13) chegaram a resultados idênticos, nas suas experiências; o mesmo acontecendo a Jordan e Sand (16).

De tudo isso tornou-se razoável admitir-se que quando o teor do meio ácido do estômago se eleva o antro reage reduzindo a produção do ácido. Haveria, assim, um efeito regulador e protetor do antro em relação ao ritmo de produção de ácido pelo estômago, e não apenas uma ação de estimulação dessa secreção, como pensava Edkins.

Se semelhante efeito corria por conta da produção de um princípio inibidor apenas ou dependia principalmente de uma menor produção de gastrina de Edkins, ou se interferiam, também, fatores nervosos, tais eram questões ainda a investigar.

Por causas dessas incógnitas ficou o assunto na ordem do dia e constituiu objeto de novas investigações de Jones et al (15) que objetaram acerca da validade dos estudos anteriores e assinalaram a ocorrência de elementos de perturbação, tais como a distensão mecânica do côto antral e os fatores neurogênicos. Para melhor elucidar o mecanismo de ação do segmento antral na secreção gástrica repetiram as experiências trabalhando com antros com e sem inervação e chegaram à seguinte conclusão: Existe um fator nervoso de papel saliente e com ação inibidora sobre a produção de ácido.

Recentemente State e Morgenstern (22) estudaram a fase cefálica ou vagal da secreção ácida em animais preparados com o segmento antral isolado e concluíram que o antro possui uma dupla ação, isto é, exerce ação estimuladora sobre a secreção gástrica pela produção e liberação de gastrina, e, por outro lado, pode desempenhar papel antagônico através de um mecanismo neuro-hormonal, ainda não totalmente elucidado. Quando existe concentração ácida suficiente em contacto com mucosa íntegra. Este é o estado atual dos conceitos sobre o assunto.

A revisão dos recentes estudos efetuados sobre o papel do antro na secreção gástrica não invalida aquilo que a experimentação e a clínica tinham evidenciado, isto é, a importância da mucosa do antro excluída na gênese das úlceras secundárias. Apenas sabe-se hoje da existência de uma dupla ação e conhecem-se as condições em que tal efeito se manifesta, razão pela qual aproveitamos o ensejo para fazer o resumo da fisiopatologia do antro à luz dos mais novos conhecimentos, como está acima.

6) *Prioridade da manobra de excisão da mucosa do antro na res. p. excl.*

Em geral esta manobra é batizada como sendo modificação de Bancroft, chegando Welch (26) a denominar a res. p. excl. com a retirada da mucosa do antro, operação de Bancroft, como vimos. Nós mesmos, em 1935, a ela nos referimos como sendo detalhe de origem norte-americana (2). No entanto, segundo Wittmoser (27) já em 1918 tinha Finsterer assinalado êsse ponto na descrição original do método de tratamento cirúrgico das úlceras sem a retirada dessas lesões e que denominou ressecção por exclusão. Transcrevendo as palavras do próprio Finsterer no seu trabalho verifica-se que, de fato, a êle cabe o mérito de creador da manobra, senão vejamos: ... o método consiste na ressecção da metade ou  $2/3$  do estômago, para reduzir a área secretante, e na confecção de um côto distal contendo o pilôro ou sendo êste retirado, completando-se no primeiro caso, a operação com a excisão da mucosa do segmento antral do côto.

A bem da verdade, diz Wittmoser, importa saber-se que o primeiro a se referir à excisão da mucosa na exclusão do pilôro, foi Mintz (19), em 1916, o qual justifica manobra como recurso destinado a evitar a produção de ácido pelo antro (!), o que poderia irritar a úlcera. Deixando de lado Mintz que se baseia em princípio falso, temos como iniciador do processo com fundamentos fisiológicos o próprio Finsterer, que reconhecia o papel estimulante do antro na secreção ácida. Essa manobra, com êsse mesmo fundamento fisiológico, foi "redescoberta", a seguir, por vários autores, a saber: Wilmans (28) e Floercken (11) em 1926; Drüner (7) em 1931; Bancroft (1) em 1932; e, por fim, Buerckle de la Camp (4) e Aladar Fischer (9) em 1933.

Conclue-se, portanto, que a retirada da mucosa do antro faz parte da técnica original de Finsterer e não constitue modificação de qualquer autor ulterior.

7) *Técnica da excisão da mucosa antral*

Longmire et al (18), em 1952, mostraram a possibilidade de haver completa regeneração da mucosa gástrica do cão, quando era sua excisão feita através de um plano superficial em relação à *muscularis mucosae*; e, por outro lado, que tal regeneração não se processava se o descolamento se fizesse em plano mais profundo, onde não pudessem restar fundos de glandulas. Êste mesmo assunto foi, recentemente, retomado por Lippman et al (17) que confirmaram integralmente êsses dados. Tais experiências servem para advertir o experimentador e o cirurgião, pois que ambos devem procurar, ao fazer a excisão da mucosa antral, penetrar em plano situado abaixo da *muscularis mucosae*, isto é, num plano em direto contácto com a camada muscular.

Devemos assinalar que jamais encontramos dificuldades em penetrar no plano adequado. Parece-nos, ao contrário, que realmente difícil seria manter a dissecação acima da *muscularis mucosae*. O plano sub-mucoso apresenta-se descolável, pois a mucosa é móvel sobre a túnica muscular. A não ser ao longo das curvaturas, mormente da pe quena, e no contorno do anel pilórico, a separação da mucosa faz-se com extraordinária simplicidade. Nos pontos supra-assinalados a mucosa é mais fixa, porém, uma tesoura curva do tipo Mayo consegue, com pequenos golpes, destacar aos poucos toda a mucosa sem risco de rompe-la e sem escapar em sentido oposto de maneira a perfurar a musculatura.

De qualquer maneira é preciso ter em conta o que a experimentação nos cães nos ensina e, por isso, ao ser praticada a excisão da mucosa manter-se no plano certo. Restos de mucosa e fundos glandulares poderiam, se deixados, regenerar áreas de mucosa antral e constituir, assim, causas de insucesso da operação.

#### 8) Conclusões

- 1) Na res. p. excl. é de importância máxima o respeito à irrigação sanguínea do côto antral.
- 2) Maus resultados imediatos atribuídos à res. p. excl. podem ser explicados pelo esfacelo do côto que tenha ficado desnutrido.
- 3) No fechamento do antro remanescente a técnica mais prática é a obliteração da cavidade virtual por meio de pequenos pontos separados de algodão 50, e a simples aproximação com pontos totais separados da brecha de secção. sem plano sero-seroso de recobrimento.
- 4) A mucosa do antro deve ser totalmente extirpada até o pilóro, como já recomendava Finsterer em 1918, pois de outra forma surgirão frequentemente úlceras secundárias.
- 5) Ao nível do anel pilórico e das curvaturas gástricas ha necessidade de maior cuidado, ao ser feita a excisão da mucosa, para que não fiquem resíduos de mucosa capazes de regeneração (como demonstraram Longmire e outros) o que invalidaria a manobra.

#### 9) Bibliografia

- 1) BANCROFT, W. — *Pyloric exclusion for duodenal ulcer*. Amer. J. Surg. 1932, XVI, 223. Cit. Wittmoser (loc. cit.).
- 2) BERNARDES DE OLIVEIRA, A. — *Resultados imediatos e tardios em cirurgia gástrica*. An. Paul. Med. e Cir. 1935.
- 3) BRACKNEY, E. L., CAMBELL, P. S. and WANGENSTEEN, O. H. — *Role of antral exclusion in development of peptic stomach ulcer*. Proc. Soc. Exp. Biol. and Med. 1954, LXXXVI, 273.
- 4) BÜCKLE DE LA CAMP, H. — *Beitrag zur Resektion zur Ausschaltung*. Dtsch Z. Chir. 1933, CCXL, 456. Cit. Wittmoser (loc. cit.).

- 5) COLE, W. H. — *Surgical considerations in peptic ulcer*. Surg. Cl. N. Am., 1955, Febr., 86.
- 6) DRAGSTED, L. R., WOODMARD, E. R., OBERHELMAN, H. A. JOR. STORER, E. H. and SMITH, C. A. — *Effect of transplantation of antrum of stomach on gastric secretion in experimental animal*. A. m. J. Physiol. 1951, CLVV, 386.
- 7) DRÜNER, L. — *Über d. Exstirpation der Schleimhaut des peripheren Magestumpfes bei unausführbarem*. B. II. Zbl. Chir. 1931, II, 1510, Cit. Wittmoser (loc. cit.).
- 8) EDKINS, J. A. — *The chemical mechanism of gastric secretion*. J. Physiol. 1906, XXXV, 133. in Mayo, H. W. — *The Physiologic basis of operations for duodenal, gastric and gastro-jejunal ulcer*. St. Louis, Mosby Co, 1949.
- 9) FISCHER, A. — *Zur Ausführung der Resektion zur Ausschaltung*. Zbl. Chir., 1933, LX, 1072. Cit. Wittmoser (loc. cit.).
- 10) FINSTERER, H. — *Ausgedehnte Magenresektion bei ulcus duodeni statt der einfachen Duodenalresektion bzw. Pylorusausschaltulg*. Zbl. Chir. 1918, I, 434. Cit. Wittmoser (loc. cit.).
- 11) FLÖERCKEN, H. — *Erfahrungen mit der "palliative" Resektion des Pylorus und des Antrum beim nicht resezierbaren ulcus des Duodenum und des cardialen Magenteiles*. Zbl. Chir. 1923, II, 1658. Cit. Wittmoser (loc. cit.).
- 12) GUEULLETTE, R. — *Chirurgie de l'estomac*. Paris, Masson & Cie., 1956.
- 13) HARRISON, R. C., LAKEY, W. H. and HYDE, H. A. — *The production of acid inhibitor by the gastric antrum*. An. of Surg. 1956, CXLIV, 441.
- 14) IVY, A. C., GROSSMAN, M. I. and BACHRACH, W. H. — *Peptic ulcer*. Philadelphia, Blakiston Co, 1950, pg. 1021.
- 15) JÖNES, T. W., STEVENSON, J. K., JESSEPH, J. E., NYHUS, L. M. and HARKINS, H. N. — *Heidenhain pouch secretory response to transplantation of the innervated antral pouch to the transverse colon*. An. of Surg. 1958, CXLVII, 13.
- 16) JORDAN, P. H. and SAND, B. F. — *A study of the gastric antrum as an inhibitor of gastric juice production*. Surgery, 1957, XLII, 40.
- 17) LIPPMAN, H. N., SHIELDON, D. B. and LONGMIRE, W. P. — *Further observations on the return of secretory function following gastric stripping in the dog*. Surgery, 1956, XL, 212.
- 18) LONGMIRE, W. P. JOR., BEAL, J. M., LIPPMAN, H. N. and BISHOP, R. C. — *Studies on the regeneration of gastric mucosa in the experimental animal*. Surgery, 1952, XXXII, 384.
- 19) MINTZ, S. — *Die Misserfolge der G. E.* Arch. f. Verdauungskrrkh. 1916, XXII, 523. Cit. Wittmoser (loc. cit.).
- 20) MONTEIRO, A. — *Tática cirúrgica. Abdome*. Rio de Janeiro, 1957. pg. 353.
- 21) STATE, D., KATZ, A. KAPLAN R. S., HERMAN B., MORGENSTERN, L. and KNIGHT, I. A. *The role of the pyloric antrum in experimentally induced peptic ulceration in dogs*. Surg. Forum, 1954, 278 e Surgery, 1955, XXXVIII, 143.
- 22) STATE, D. and MORGENSTERN, L. — *The inhibitory role of the pyloric antrum on the cephalic phase of gastric acid secretion in dogs*. Surg. Gyn. Obst. 1958, CVI, 545.
- 23) VASCONCELLOS, E. — *Ulcers of the stomach and duodenum*. S. Paulo, Edit. Renascença, 1947, pg. 63.
- 24) VERNEJOL, R. de, HENRY, E. et DEVIN, R. — *La gastrectomie pour ulcere*. Paris, Masson & Cie. 1956.
- 25) WANGENSTEEN, O. H. *Segmental gastric resection for peptic ulcer*. J. A. M. A., 1952, CXLIX, 18.
- 26) WELCH, C. E. — *Surgery of the Stomach and duodenum*. Chicago, The Year Book Pbl., 1959, pg. 202.
- 27) WITTMOSER, R. — *Praktische Operationslehre. Erster Bd.* Wien, Wilhelm Mandrich, 1955.
- 28) WILMANS, R. — *Resectio parapylorica bei Ulcus duodeni*. Zbl. Chir. 1936, III, 2806. Cit. Wittmoser (loc. cit.).



*No controle das*

## HEMORRAGIAS

*espontâneas*

*Durante e após o ato cirúrgico*

**“PREMARIN”**

**— ENDOVENOSO —**

*hemostático fisiológico.*

*Acelera a*

## COAGULAÇÃO

*Eleva os níveis de*

*protrombina e de globulina aceleradora*

*e deprime a*

*antitrombina.*

**Produz, amiúde, a hemostase dentro de  
15 a 30 minutos após a injeção**

A dose de 20 mg. é geralmente, suficiente para o controle do sangramento. Até esta data, após mais de um milhão de injeções, não foi relatado nenhum caso de toxicidade nem de formação de trombos



**Produtos Farmacêuticos e Biológicos**

**AYERST DO BRASIL S/A.**

Rua Varnhagen, 44 — sobreloja — Tel.: 33-4477 — São Paulo

Rua do Rosário, 170 - 2.º and. — Tel. 32-9054 — Rio de Janeiro



# Atualização da ressecção por exclusão de Finsterer

## II — Tática cirúrgica e resultados

PROF. A. BERNARDES DE OLIVEIRA

(Catedrático da Clínica Cirúrgica da Escola Paulista de Medicina)

DR. LUIZ ANTONIO MADEIRA

(Assistente de cirurgia da Escola Paulista de Medicina)

### SUMÁRIO: 1) *Introdução.*

2) *O problema do tratamento dos duodenos difíceis.*

3) *Casuística.*

4) *Conclusões.*

5) *Bibliografia.*

### 1) *Introdução*

Em trabalho anterior (0) procuramos focalizar os fundamentos técnicos e as bases fisio-patológicas da operação que Finsterer (6) propoz em 1918 sob a denominação de ressecção por exclusão.

A atual contribuição nada mais é do que a complementação das premissas aí estabelecidas pela aplicação prática das mesmas à cirurgia humana.

Se a mortalidade imediata na ressecção gastro-duodenal por úlcera fôsse nula deixaria de existir qualquer espécie de interesse na faina de procurar técnicas mais seguras ou manobras de emergência para os chamados casos difíceis.

Tal, porém, não é o caso. Não obstante a habilidade e a experiência dos operadores e apesar da mortalidade global dessa operação ser relativamente baixa, resta sempre um pequeno grupo de casos infelizes de êxito letal, o qual, por si só, já bastaria para justificar o empenho de tornar cada vez mais benigna essa operação.

Todos que se dedicam à cirurgia do estômago sabem que a ressecção parcial desse órgão é operação de execução simples e não

apresenta, em geral, problemas técnicos de vulto. No caso, porém, das úlceras duodenais a situação é diversa, pois que a retirada desse segmento pode constituir tempo operatório capaz de colocar em cheque os mais hábeis, criando situações realmente embaraçosas do ponto de vista tático.

A prova disto está na diversidade de técnicas e manobras propostas para isolamento e fechamento do duodeno quando deformado por úlceras antigas ou destruído por processos que alteram suas conexões e relações com as estruturas de vizinhança.

Convém, por outro lado, salientar que a cifra em geral consignada como índice da mortalidade operatória na ressecção gastro-duodenal por úlcera resulta de estatísticas globais, isto é, de estudos feitos com a totalidade dos casos de uma série; e nessa série estão misturados os duodenos fáceis e os difíceis.

Se considerassemos, como é de toda conveniência, as operações de ressecção gastro-duodenal como realmente distintas conforme se trate de duodenos fáceis ou difíceis, e, conseqüentemente, estudássemos a mortalidade em separado nesses dois tipos de casos, iríamos verificar que a cifra de 1 a 2 % de mortalidade global é quase toda ela dada pela morte verificada nos casos de duodenos difíceis. Ora, como veremos, os duodenos difíceis constituem cerca de 15% do total de casos de úlceras duodenais levadas à mesa cirúrgica, e, portanto, se corrigirmos a relação porcentual e estabelecermos essa cifra de mortalidade em separado nesses dois tipos de casos, iríamos verificar não mais 2 óbitos em 100 casos mistos, mas 2 óbitos nos 15 casos de duodenos difíceis encontrados em média para cada 100 casos de gastro-duodenectomias por úlceras duodenais. Assim sendo, a mortalidade deixará de ser 2% para o grupo misto para passar a ser respectivamente: 0 % para os casos fáceis e 13,3 % para os casos difíceis.

Semelhante expressão percentual corresponde, na prática, ao prognóstico quase sempre formulado pelo operador que se baseia no simples critério clínico, pois quando o duodeno foi tratado de maneira típica e o coto resultante bem fechado o prognóstico é sempre favorável, ao passo que os duodenos atípicos e fechados em condições precárias dão ao cirurgião razões para apreensões, as quais algumas vezes se confirmam mercê da morbilidade e mortalidade imediatas verificadas.

Eis porque o presente trabalho parece-nos oportuno. Trata ele de uma questão importante na cirurgia quotidiana. Diz respeito à segurança e benignidade de uma operação que pela sua própria natureza deve ser realmente benigna, pois a lesão a ser curada é, por sua vez, benigna.

Como das soluções propostas, para a conduta cirúrgica em face dos duodenos difíceis, a res, p. excl. representa, a nosso vêr, a melhor, é que deliberamos estudar o assunto com mais empenho procurando, outrossim, atualizar o processo e contribuir para sua divulgação e mais frequente emprego em nosso meio.

## 2) O problema do tratamento dos duodenos difíceis

Como, em trabalho anterior, tivemos oportunidade de declarar, são as complicações do côto duodenal as principais responsáveis pela mortalidade operatória na cirurgia da úlcera do duodeno, pelo menos segundo nossa experiência pessoal.

Colp e Weinstein (4) reconhecem que em alguns casos a séde da úlcera duodenal está tomada por uma infiltração massiça e edema tão acentuados que sua retirada seria perigosa, não apenas pelos riscos de lesão coledociana e pancreática, como também porque o fechamento do duodeno seria extremamente difícil ou mesmo impossível. Por isso, em vez de insistir na extirpação da lesão a todo o preço, julgam preferível lançar mão de outra técnica como a vagotomia ou a gastro-enterostomia. Confessam não ter experiência com a res. p. excl. que condenam quando não é acompanhada da excisão da mucosa antral. Quanto à retirada sistemática da úlcera reconhecem não ser esse um ponto fundamental, tanto que, realçando os riscos da dissecação das úlceras penetrantes, concluem: "*It certainly is unnecessary to excise posterior wall ulcers.*"

Marshall e Reinstine (7) tiveram 2,2% de mortalidade na gastrectomia por úlcera duodenal (51 óbitos), dos quais 37% (19 óbitos) por deiscência do côto.

Não obstante, ouvem-se opiniões segundo as quais não existiria problema técnico que não possa ser resolvido sem precisar abandonar a úlcera *in loco*; isto é, tôdas as úlceras duodenais deveriam ser ressecadas, pois proceder doutro modo seria, para alguns, falta de técnica ou de habilidade, ou, pelo, menos, comodismo injustificado.

Assim é que Pearce et all. (8) analisando as complicações intra-abdominais das gastrectomias por úlceras chegam a 2,7% de mortalidade, mas julgam que nenhum óbito pode ser atribuído a complicações do côto duodenal. No entanto, apresentam um quadro com 10 casos de fístulas duodenais, dos quais, um veio a falecer, outro ficou com a fístula por um ano (até nova intervenção) e 12 ficaram com fístulas por espaço de 12 até 60 dias.

Uma demonstração muito convincente do agravamento da mortalidade, pela retirada sistemática de lesão duodenal, é dada pelo recente trabalho de Rothenberg et all. (10). Em uma série de 300 casos, retiraram a úlcera em 119, ou seja 39,7%; sendo a úlcera deixada *in situ* 181 vezes (60,3%). A mortalidade operatória observada foi de 6,7% no grupo em que a úlcera foi retirada, e de 1,1% nos 181 pacientes nos quais a úlcera não foi removida. As complicações mortais no grupo em que a úlcera foi extirpada, foram as seguintes: 3 pancreatites agudas, 1 fístula pancreática, 3 fístulas duodenais, 3 deiscências da sutura da parede, 2 choques irreversíveis, 1 insuficiência renal. Destes 8 morreram. A operação feita por esses autores consiste numa ressecção por exclusão com retirada da mucosa antral (quando a secção é feita ao nível do estômago) ou

secção do duodeno acima da úlcera (que não é retirada). Nas úlceras hemorrágiparas, o duodeno é aberto e a base da úlcera transfixada por sutura em X, não sendo, igualmente, retirada a lesão.

Os riscos de lesões acidentais na extirpação das úlceras chamadas difíceis é indubitável, haja à vista o recente trabalho de Carpenter e Crandell (3) em que o assunto é focalizado com muito acerto. Ao lado das deformações de origem patológica deve-se, ainda, contar com as anomalias congênitas. Sobre tais anomalias merece citado o que se acha exposto por Albot e Kapandji (1) sob a denominação de colédocos curtos e médios e longos (Fig. 1). Na variedade curta as úlceras, mesmo da primeira porção, podem com facilidade a êle aderir e nele perfurar.

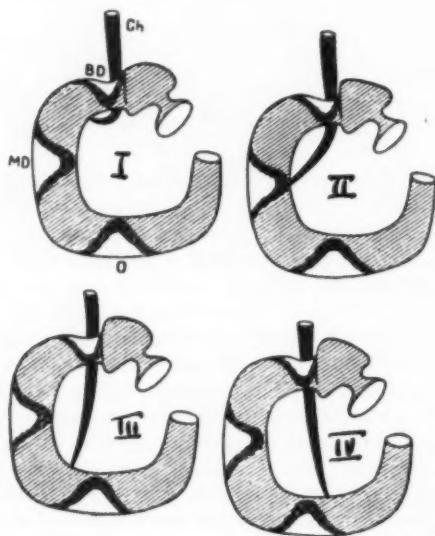


FIG. 1 — I. Colédoco curto. II. Colédoco médio. III. e IV. Colédoco longo (Segundo: ABOT e KAPANDJI — loc. cit.)

Uma vez convencidos que a retirada da lesão ulcerosa não é tempo primordial do seu tratamento cirurgico, pois que as operações que se propõem curar a úlcera devem agir através de um processo fisiopatológico de redução da acidez como escopo fundamental, resta-nos enfrentar, na prática, o problema da selecção dos casos e das técnicas a êles mais adequadas.

A primeira regra tática é a realização de uma exploração preliminar minuciosa. A apreciação da localização, extensão, rigidez e congestão da úlcera e tecidos vizinhos deve ser feita com especial cuidado. Terminada semelhante exploração e bem avaliada a situação local

em face das condições gerais (idade, adiposidade, discrasias e molestias degenerativas) poder-se-á proceder a escolha do método a ser seguido. Quer isso dizer que (como já assinalamos em trabalho anterior) a res. p. excl. não é recurso para ser usado secundariamente, isto é, depois de terem sido ligados os vasos do antro e comprometida sua irrigação. O emprêgo da colangiografia e a exposição cirúrgica do colédoco são recursos que por vêzes trazem grande auxílio na orientação, apresentando, outrossim, a vantagem de não comprometerem o cirurgião em conduta temerária.

Parece-nos de valor prático o esquema proposto por Wittmoser (12) e cuja figura aqui reproduzimos (Fig. 2). Segundo esse A., as úlceras duodenais são classificadas em 4 tipos, a saber:

- TIPO I — *Úlceras não penetrantes*. Fechamento duodenal, sem problemas, pode ser feito por qualquer método usual.
- TIPO II — *Úlceras penetrantes próximas do pilóro* (1.: porção) Comportam descolamento abaixo da lesão e fechamento em dois planos.
- TIPO III — *Úlceras baixas e penetrantes* (pós-bulbares). O melhor recurso é o fechamento a Nissen-Bsteh.
- TIPO IV — *Úlceras penetrantes, com fibrose*, retração e deformação duodenal acentuada, edema e congestão peri-ulcerosa.

São as que devem ser tratadas pelo método da res. p. excl. de Finsterer.

A maior parte das úlceras pertence ao tipo I, principalmente nos locais onde os recursos diagnósticos e terapêuticos são facilmente acessíveis.

Nas úlceras do tipo II se o descolamento fôr abaixo de 2 cms. do pilóro, ou se se tratar da variedade de colédoco curto, haverá perigo

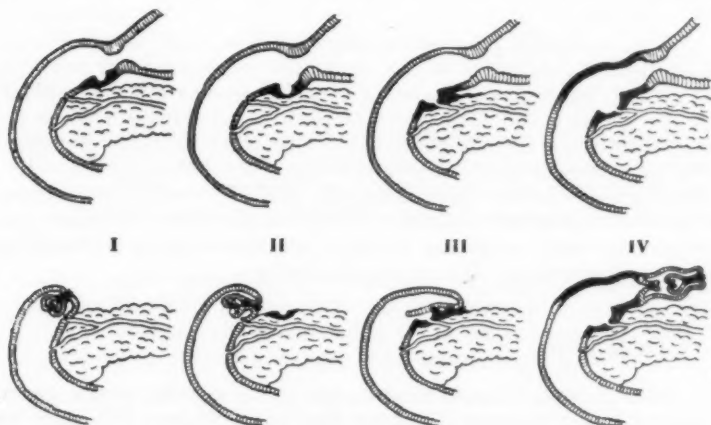


FIG. 2 — Tipo de úlceras duodenais, (segundo WITTMOSER — loc. cit.)

da secção ou lesão lateral do canal biliar, e de secção do Santorini. Por isso o fundo da úlcera (que é deixado) deve ser cuidadosamente examinado e, se surgir alguma suspeita de lesão de canais, recorrer-se ao método de Nissen-Bsteh.

O problema torna-se complexo quando se trata de úlceras do tipo III e IV, pois os recursos serão o método de Nissen-Bsteh e a res.p. excl. de Finsterer. Somos de parecer que em caso de dúvida quanto à exequibilidade do Nissen-Bsteh, melhor será desde logo optar pelo Finsterer, que é mais seguro na execução e mais inoquo nas conseqüências. Naturalmente o número de úlceras catalogadas como sendo tipo IV varia consoante a experiência e o critério de cada um. Há mesmo uma evolução no critério julgador, tanto que Finsterer no início encontrava 18 % de úlceras do tipo IV e agora, apenas 5 %. O mesmo tendo acontecido com outros AA. a saber: von Haberer de 17 % para 6 %; Koch de 21 para 9 %; Plenck de 54 % para 7 % (segundo Wittmoser, loc. cit.).

A importância do método reside na sua benignidade. Embora seja uma técnica algo delicada e trabalhosa, o sacrifício feito pelo operador é largamente compensado pela suavidade do decurso pos-operatório.

Trata-se de um recurso aplicável em 15 a 10 % das úlceras duodenais em geral, e que, aplicado com critério, irá, sem dúvida melhorar muito a estatística da mortalidade operatória dessa terapêutica cirúrgica.

Quanto aos resultados tardios da res. p. excl. verifica-se que são eles, pelo menos, iguais aos da ressecção gastro-duodenal clássica. Assim é que as estatísticas de Zuckschwerdt e Horstmann (13) mostram, em 1415 operados reexaminados, apenas 1,8 % com úlceras jejunais; e as de Plenck e Schrom (9), em 752 operados revistos, 0,9 — 1,2 %.

Resta a objeção do risco de hemorragias secundárias em úlceras hemorragíparas deixadas *in situ*. A experiência mostra que tais úlceras quando em repouso tendem a cicatrizar-se com relativa rapidez. Aliás é graças a esse fato que está sendo modernamente pôsto em foco, outra vez, o método da ressecção anular do estômago sem qualquer preocupação com o duodeno e sua lesão (Wangenstein —11— e Ferguson —5—). Há, ainda, o recurso, cabível em semelhantes casos, de abrir-se o duodeno e fazer-se a transfixação direta do ponto que sangra com uma sutura em X, conforme recomendam Rothenberg e seus colaboradores (10), acima já citados.

### 3) Casuística

Para dar uma idéia da conduta que temos seguido, vamos, agora, apresentar os resultados imediatos dos nossos últimos 124 casos de úlceras duodenais, no seguinte quadro :

<i>Operação</i> : Billroth I .....	5 casos	mortalidade 0	(0%)
"      II .....	94 "	" 3	(3,19%)
Res. p. excl. Finsterer	24 "	" 0	(0%)
Parada cardíaca antes oper.....	1 caso	" 1	
TOTAL .....	124 casos		

Nesse grupo foram praticadas 24 res. p. excl. de Finsterer sendo nula a mortalidade observada.

Os restantes casos operados foram submetidos ao método de reconstituição pelo Billroth I, 5 vezes, sendo também nula sua mortalidade; os demais 94 casos foram reconstituídos pelo Billroth II e aqui verificaram-se 3 óbitos. Um caso de parada cardíaca observada antes da operação (anestesia tio-curare) é de responsabilidade da anestesia e não está, naturalmente, incluído.

Os óbitos verificados decorreram de complicações do côto duodenal que se fistulizou. Houve um acidente de lesão de colédoco em um desses óbitos. Uma das úlceras foi operada em más condições, em plena vigência de hemorragia incontrolável pelos meios médicos.

Trata-se de uma série na qual a mortalidade está acima da habitual, muito embora a maioria dessas úlceras fossem antigas, calosas e com grande deformação duodenal. Estamos certos, contudo, que o uso mais liberal da res. p. excl. teria evitado, provavelmente, os óbitos que, afinal, foram todos consequentes a complicações do côto duodenal. A fistulização, a pancreatite traumática e química, a espoliação eletrolítica, as possíveis intercorrências infecciosas (sub-frênicas e em Douglas) são as complicações evitáveis pela res. p. excl.

#### 4) Conclusões

- 1) Como a cirurgia da úlcera duodenal não é comparável à cirurgia das lesões cancerosas ou pré-cancerosas, nada há que justifique o empenho em se retirar a lesão, quando as manobras necessárias a esse fim possam tornar a operação mais grave.
- 2) O recurso proposto por Finsterer para contornar o problema dos duodenos difíceis, qual seja o método de ressecção ampla do estômago com conservação do antro cuja mucosa é excisada, parece-nos a solução mais aconselhável e segura.



5) *Bibliografia*

- 1) ALBOT, G. et KAPANDJI, M. — *Les zones sphinctériennes de l'anneau duodenal, leur rôle dans la séméiologie du carrefour supérieur droit de l'abdomen*, in Albot, G. et Poilleux, F. — *Duodénum et Pancréas Actualités Hépatogastro-entérologiques de l'Hôtel-Dieu*. Paris, Masson, 1957, pg. 37.
- 2) BERNARDES DE OLIVEIRA, A. e MADEIRA, L. A. — *Atualização da ressecção por exclusão de Finsterer*. I — Contribuição experimental. Em publ.
- 3) CARPENTER, J. C. and CRANDELL, W. B. — *Common duct and major pancreatic duct injuries during operations on the stomach*. Ann. of Surg. 1958, vol. 148, pg. 66.
- 4) COLP, R. and WEINSTEIN, V. — *Postoperative complications following subtotal gastrectomy for peptic ulcer*. Surg. Cl. of N. Am., 1955, April, pg. 383.
- 5) FERGUSON, D. J., BILLINGS, H., SWENSEN, D. and HOOVER, G. — *Segmental gastrectomy with innervated antrum for duodenal ulcer*. Surgery, 1960, vol. 47, n.º 47, n.º 4, pg. 548.
- 6) FINSTERER, H. — *Ausgedehnte Magenresektion bei ulcus duodeni statt der einfachen Duodenal resektion bzw. Pylorusausschaltung*. Zbl Chir. 1918, I, 434. Cit. Wittmoser (loc. cit.).
- 7) MARSHALL, S. F. and REINSTINE, H. W. — *An analysis of mortality following gastric surgery*. Surg. Cl. N. Am., 1957, June, pg. 637.
- 8) PEARCE, C. W., JORDAN, G. L. and DE BAKEY, M. E. — *Intra-abdominal complications following distal subtotal gastrectomy for benign gastroduodenal ulcerating*. Surgery, 1957, vol. 42, pg. 447.
- 9) PLENK, A. and SCHROM, H. — *The exclusion resection (Finsterer) for non-resectable ulcers*. J. Int. Col. of Surg., 1951, vol. 15, pg. 419.
- 10) ROTHENBERG, R. E., LERNER, R. and LAWRENCE, Y. — *The management of ulcer-bearing portion of the duodenum during subtotal gastrectomy*. Surgery, 1959, vol. 46, pg. 496.
- 11) WANGENSTEEN, O. H. — *Segmental gastric resection for peptic ulcer*. J. A. M. A. — 1952, vol. 149, pg. 18.
- 12) WITTMOSER, R. — *Praktische Operationslehre*. Erster Bd. Wien, Wilhelm Mandrich, 1955.
- 13) ZUKSCHWERDT, L. and HORSTMANN, H. — *Die operative Behandlung des nicht oder schwer resezierbaren peptischen Geschwürs*. Ergeb. Chir. u. Orthop. 1936, 29, 440. Cit. Wittmoser (loc. cit.).



# VASODILATADORES HOUDÉ

## PAPAVERINA HOUDÉ

RIGOROSA DOSAGEM

*Ampólas*

0,05 g  
0,10 g  
0,20 g

*Comprimidos*

0,10 g  
0,25 g

*Grânulos*

0,04 g

## OXYPHYLLINE HOUDÉ

SAL DE TEOFILINA SOLÚVEL, ESTÁVEL E NEUTRO

Injeções intramusculares não dolorosas

*Comprimidos*

0,15 g

*Ampólas*

0,30 g

## OXYPHYLLINE HOUDÉ COMPOSTA

*Comprimidos*

Oxyphylline ..... 0,15 g  
Papaverina ..... 0,04 g  
Fenobarbital ..... 0,01 g

*Ampólas*

Oxyphylline ..... 0,30 g  
Papaverina ..... 0,06 g

## NOKHELLINE HOUDÉ

DERIVADO HIDROSSOLÚVEL E ATÓXICO DA KHELLINE

*Ampólas*

0,05 g de amikhelline

## NOKHELLINE HOUDÉ COMPOSTA

*Drágeas*

Amikhelline ..... 0,05 g  
Papaverina ..... 0,05 g  
Fenobarbital ..... 0,01 g



LABORATÓRIO F. PIERRE S/A

RIO — Caixa Postal, 489  
Telefone 52-1556

S. PAULO — Caixa Postal, 606  
Telefone 36-5111



novos rumos da **Antibiototerapia**  
com a associação sinérgica de  
**Colistin e Penicilina**

onde o COLISTIN se destaca por sua marcante  
atividade contra germes gram-negativos — Coli,  
Hemófilos, Shigelas, Salmonelas, Aerobacter,  
Klebsiela, Pseudomonas e Proteus — e produto-  
res de PENICILINASE,

reconquistando para a **Penicilina** sua atividade primitiva

# COLICILIN

*Associação de amplo espectro anti-bacteriano*

*Não enseja resistência*

*Tolerância perfeita*

*Ausência de efeitos secundários*

**Indicações:** *Preventivamente no pré e pós-operatório e no tratamento de todas as infecções por germes Gram-positivos e Gram-negativos.*

**Apresentação:** *Frasco-ampôla contendo:*

*Colistin (sob a forma de sulfato) 500.000 unidades*

*Penicilina G potássica . . . . . 100.000 unidades*

*Penicilina G procainica . . . . . 300.000 unidades*

*acompanhado de 1 ampôla de diluente com 3 cm<sup>3</sup>.*

**Modo de usar:** *1 a 2 ampôlas cada 24 horas.*



**Laboratório Farmacêutico Internacional S.A.**  
Rua Lisboa, 890 - Fones 80-2135 e 80-2136 - São Paulo - Brasil

## Segurança no fechamento do coto duodenal (\*)

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO  
(Diretor do Sanatório São Lucas)

Deve-se, incontestavelmente, a Benedito Montenegro, a difusão da cirurgia gástrica resseccionista entre nós. Não só no Brasil, como em todo o Continente Americano, foi ele o pioneiro da ressecção gástrica nos casos de úlcera, tanto crônicas como agudas, tendo sido, na primeira hora, o maior entusiasta da intervenção radical nos casos de perfuração em peritônio livre, que passou a praticar desde antes de 1930. Não só ele, como todos os numerosos cirurgiões que tiveram a ventura de participar do seu Serviço e que se foram espalhando por todo o país, foram registrando os mais brilhantes êxitos com essa orientação que ele sempre exaltou, de resolver o caso do ulceroso perfurado de uma só feita, contrariando a nem sempre satisfatória conduta da simples sutura da perfuração acompanhada ou não da gastro-enterostomia.

Na sua preocupação de sempre utilizar-se dos melhores e mais seguros métodos, Benedito Montenegro transmitiu à sua Escola a orientação de fechar o coto duodenal por meio de uma ligadura à maneira de Doyen, com o que se obtinham melhores resultados do que com a sutura da ferida duodenal, visto que, com tal conduta, as deiscências do coto e formação de fistulas duodenais eram muito menos freqüentes.

Todos sabem da gravidade que decorre do fracasso do fechamento do coto duodenal. Uma boa porcentagem da mortalidade pós operatória dos gastrectomizados decorre desse acidente. Merece atenção, pois, tudo o que se faça visando diminuir a sua incidência. Com tal propósito, desde muitos anos acrescentamos à técnica aprendida de Benedito Montenegro um pequeno tempo que é de extraordinária valia na prevenção das fistulas duodenais pós operatórias.

Agora que se comemora o cinquentenário profissional do mestre emérito, vamos recordar em poucas palavras a conduta que vimos

---

(\*) Escrito em homenagem ao prof. Benedito Montenegro.

seguindo no fechamento do coto duodenal, como homenagem pessoal a essa figura insuperável da Cirurgia no Brasil.

Uma vez libertado o bulbo duodenal, faz-se o esmagamento linear dessa porção por meio de pinça forte, ao nível em que se julgou conveniente colocar a ligadura. Esse esmagamento tem a finalidade de separar a mucosa deixando nas camadas serosa e muscular um sulco em que se aninhará a ligadura do bulbo. Esta é feita com fio de categute n.º 2, simples, seguida, com o mesmo fio, de segunda ligadura ao mesmo nível e de maneira que constitui o tempo de segurança por nós instituído. Essa segunda ligadura é feita do seguinte modo: tomando uma das extremidades do fio que serviu para a primeira ligadura, é ele montado em agulha, permitindo que possa transfixar a parede muscular do duodeno ora acima ora abaixo da primeira ligadura, em cerca de meia dúzia de passadas, antes que seja dado o nó com a ajuda da outra extremidade do fio. Dessa maneira, a primeira ligadura não poderá escorregar, mantida, como fica, no sulco produzido pelo esmagamento na parede do duodeno. Isso feito, procedemos ao preparo de uma bolsa para invaginação do coto duodenal, servindo-nos também de categute simples n.º 2.



1. Esmagamento do bulbo.



2. Ligadura ao nível do esmagamento.



3. Segunda ligadura transfixante com o mesmo fio da primeira



4. Preparo da bolsa de invaginação do coto duodenal.



5. Pinças de Péan orientam a secção do duodeno.



6. O coto duodenal é sustentado pelas pinças de Péan.



7. Maneira de se proceder ao sepultamento do coto.



8. Fechamento hermético do coto duodenal.

Essa passagem do fio é feita de 1,5 a 2 centímetros da ligadura, iniciando-se na parede anterior do bulbo duodenal; uma alça é deixada na porção posterior, a fim de facilitar o ato de invaginação do coto.

Antes de seccionar o duodeno, colocamos logo acima da ligadura dupla duas pinças de Pean, o que tem por finalidades: evitar que a secção do duodeno seja feita demasiadamente próxima da ligadura e servir de sustentação do coto e agente de sua invaginação na bolsa preparada.

Antes de proceder à invaginação, tocamos a superfície de secção do duodeno com tintura de iodo. Terminada a invaginação, a bolsa fica mantida herméticamente fechada por um nó quadruplo, sobre o qual se coloca um fragmento de epiploon. aí fixado pelo mesmo fio que serviu para a feitura da bolsa.

Com tal procedimento, que temos usado em mais de 2.700 casos de ressecção gástrica, a deiscência do coto duodenal no posoperatório imediato é uma grande raridade em nosso Serviço, tendo ocorrido apenas em alguns poucos casos de risco cirúrgico acentuado, no câncer, nas úlceras hemorrágicas, nos cotos desnutridos, etc.

# FISIOZIM

(Cloridrato de alfa - (2 dietilamino-etilamino) - fenilacetato de isoamila)

**Novo antiespasmódico anticolinérgico e miotrópico, destituído de efeitos secundários.**

ESPASMOS VISCERAIS – ESPASMOS VASCULARES

**FISIOZIM** – Injetável – 0,020 g em 1 cm<sup>3</sup> – Caixa com 2 ampolas  
1 a 2 ampolas, ao dia, via muscular ou venosa.

**FISIOZIM** – drágea com 0,025 g – Estôjo com 10 drágeas  
1 drágea até 3 vezes ao dia.

**FISIOZIM** – Gotas – Frasco com 10 cm<sup>3</sup>  
1 cm<sup>3</sup> (20 gotas) = 0,050 g – Adultos: 10 a 20 gotas até  
3 vezes ao dia – Crianças: 3 a 5 gotas até 3 vezes ao dia.



**INSTITUTO PINHEIROS, PRODUTOS TERAPÊUTICOS, S. A. - SÃO PAULO - BRASIL**

## Varizes na gestação (\*)

**Dr. JOAQUIM BUENO NETO**

*(Assistente extranumerário da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Médico Auxiliar do Hospital das Clínicas)*

**Dr. MARCUS WOLOSKE**

*(Assistente extranumerário da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Médico Auxiliar do Hospital das Clínicas)*

**Dr. ANAHIDE DEBELIAN**

*(Assistente extranumerário da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Médico Auxiliar do Hospital das Clínicas)*

**Dr. OCTÁVIO MARTINS DE TOLEDO**

*(Docente Livre e Chefe de Disciplina)*

As varizes dos membros inferiores que surgem na evolução da gravidez, ou já existentes e agravadas na gestação, constituem importante problema na patologia do ciclo grávido-puerperal, não só pela grande incidência (20%), mas também pelo comprometimento estético que geralmente acarretam e pelos sintomas intensos que ocasionam.

Desde os primórdios da Medicina, as varizes têm sido relacionadas com a gestação, de tal modo é freqüente seu aparecimento neste período. Numerosas têm sido as explicações, nem sempre científicas, aventadas para explicar esta coincidência. O mecanismo fisiopatológico da doença tem sido alvo de numerosos estudos e os conceitos sobre a instalação do processo das alterações funcionais têm evoluído muito nestes últimos anos, em contradição flagrante com o descaso e falta de cuidados que alguns obstétricas e clínicos dedicam às pacientes portadoras desta incômoda afecção.

As varizes dos membros inferiores, independentemente dos fatores desencadeantes e da época de aparecimento, constituem uma afecção única. Seu aparecimento mais freqüente na vigência da gestação, ou sua exaltação neste período, resulta de uma solicitação intensa e súbita a um sistema venoso superficial mal constituído.

A gestação nada mais é, portanto, que um importante, senão o mais importante, de todos os fatores desencadeantes. Após o parto, com a remoção do obstáculo ao retôrno do sangue, as varizes se

---

(\*) Trabalho da Disciplina de Clínica Cirúrgica dos Vasos Periféricos e do Simpático do Departamento de Clínica Cirúrgica (Serviço do Prof. Alípio Corrêa Neto), da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Serviço do Prof. Onofre de Araújo) e da Maternidade de São Paulo.

tornam menos evidentes, diminuem de volume, porém não desaparecem. Com a repetição das gestações ou com a persistência ou aparecimento de novos fatores desencadeantes, há uma piora progressiva do quadro varicoso.

A evolução da doença depende não só do grau e da localização da má constituição do sistema venoso, mas também do número de gestações, do tipo de vida, da profissão e dos métodos terapêuticos.

A sintomatologia, de intensidade variável, geralmente pouco intensa mas incomodativa, e o comprometimento estético, de grande importância por se tratar geralmente de gestantes jovens, são as razões principais pelas quais devem ser estas pacientes assistidas e cuidadas.

O sofrimento que o comprometimento estético acarreta pode atingir tal intensidade, que não raramente as pacientes preferem a interrupção da gravidez ou o uso de métodos anti-concepcionais.

Todos estes fatos justificam a necessidade de tratamento que vise proteção do sistema venoso superficial, alívio dos sintomas e, também, assistência moral com esclarecimentos sobre a evolução e prognóstico da doença.

É nosso objetivo na presente publicação analisar 426 casos de pacientes gestantes, portadoras de varizes nos membros inferiores, ressaltando alguns aspectos que reputamos de grande importância para o diagnóstico, tratamento e evolução da doença. Nossa casuística compreende casos da Maternidade São Paulo e da Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da F. M. U. S. P.

**1) Idade das pacientes e época de aparecimento das varizes.** — Somente 15,6% das pacientes apresentavam varizes dos membros inferiores antes da 1.<sup>a</sup> gestação. O aparecimento das varizes é mais freqüente nas primeiras gestações e diminui à medida que estas se sucedem. Assim, em nossa casuística, na 1.<sup>a</sup> gestação surgiram 40,6% dos casos, na 2.<sup>a</sup> gestação 23,2%, na 3.<sup>a</sup> gestação 11,7% dos casos e sucessivamente até 0,7% na 8.<sup>a</sup> gestação.

Como decorrência deste fato, a afecção incide mais em pacientes jovens; 70,8% das pacientes procuram o Serviço até os 30 anos, 26,8% dos 30 até os 40 anos e somente 2,4% com mais de 40 anos de idade.

**2) Início durante a gestação.** — As varizes surgem predominantemente no 1.<sup>o</sup> trimestre da gestação (63,3% dos casos) e diminuem de incidência à medida que aumenta a idade da gestação, até 11,3% do 3.<sup>o</sup> trimestre.

Este fato invalida a teoria clássica etiopatogênica de obstrução do sistema venoso pelo útero grávido, ou seja, da obstrução mecânica extrínseca. Reforça, ao contrário, a concepção de que no início da gestação há um grande aumento do fluxo sanguíneo no território da veia ilíaca interna que bloqueia o retorno venoso pela veia ilíaca externa, provocando hipertensão venosa na extremidade.



3) **Edema.** — Embora pouco mais da metade das pacientes referisse ou apresentasse edema dos membros inferiores durante alguma gestação, não observamos relação entre a intensidade e frequência de seu aparecimento e o grau de desenvolvimento das varizes dos membros inferiores.

Na maioria dos casos, o edema dependeria de outras alterações presentes durante a gestação.

4) **Dor.** — É um sintoma presente na grande maioria dos casos (77,5%). É referida como queimação ou prurido no trajeto das veias varicosas ou placas de microvarizes (32,8%) ou como peso e cansaço em todo o membro inferior afetado (67,2%).

Estes dados demonstram que não é só o problema estético que preocupa as gestantes varicosas. A dor, de intensidade variável prejudica, sem dúvida, a atividade diária e obriga as pacientes a procurar cuidados médicos.

5) **Extremidade afetada.** — A análise de 768 extremidades em 426 pacientes revelou que a safena interna estava comprometida em 93,4% dos casos, a safena externa em 30%, veias colaterais dos troncos venosos principais em 97,8%, microvarizes e telangiectasias em 92% e, finalmente veias vulvares em 23,9%.

O comprometimento do sistema venoso superficial é, pois, extenso e difuso, afetando os troncos venosos principais, colaterais, perfurantes-comunicantes e vênulas dérmicas, do mesmo modo que as varizes essenciais, fora da gestação.

A presença isolada de microvarizes que, segundo alguns autores, é peculiar à gestação, foi, em nossa casuística, rara.

A baixa frequência de complexo varicoso nestas gestantes talvez se explique pelo caráter agudo, da hipertensão venosa, e não crônico que é, geralmente, o que condiciona o complexo varicoso.

Este fato demonstra que o comprometimento trófico da extremidade afetada depende mais da duração da estase, do que da intensidade da hipertensão venosa.

6) **Tratamento e resultados.** — A insuficiência do sistema venoso superficial resulta de uma hipertensão no sistema venoso profundo que se instala de maneira mais ou menos abrupta e atua difusamente em todo o membro, ocasionando refluxo pelas croças e pelas veias perfurantes-comunicantes. Intensifica-se ou se desencadeia assim o varicosamento das veias. As veias intradérmicas, sofrendo a ação do processo acima referido, se dilatam e se distendem; surgem desta forma as microvarizes.

As paredes venosas são altamente sensíveis à distensão brusca; daí, então, a dor nos trajetos varicosos, referida pelas pacientes. Devido à grande estase no sistema venoso, superficial dos membros inferiores, aparece a sensação de peso e cansaço referida pela maioria das pacientes.

Baseados na fisiopatologia da doença, tentamos inicialmente o tratamento racional: cirurgia radical com remoção de todos os troncos e colaterais varicosados e remoção dos pontos de refluxo. Operamos 15 casos e encontramos algumas dificuldades à execução do tratamento cirúrgico:

- a) planejamento operatório difícil em virtude da grande riqueza de veias colaterais superficiais dilatadas;
- b) grande frequência de pelotões varicosos e placas de microvarizes;
- c) presença freqüente de edema.

Em face destas dificuldades, tornavam-se necessárias incisões auxiliares mais numerosas e maiores do que as feitas em pacientes não gestantes. As placas de microvarizes e as telangiectasias não são passíveis de abordagem cirúrgica. O edema freqüente no pré-operatório, e mais intenso e duradouro no post-operatório, dificulta muito a cicatrização das incisões cirúrgicas.

Os resultados obtidos com o tratamento cirúrgico dos casos, todos operados na 1.<sup>a</sup> metade da gestação e sem edema, foram bons, com alívio dos sintomas e melhora sob o ponto de vista estético. Observamos porém, cicatrização mais demorada, com tendência à deiscência das incisões cirúrgicas e pigmentação mais duradoura.

Recorremos então, na maioria dos casos (277), ao uso da meia elástica para controle da estase venosa. Usamos meia elástica de algodão até o joelho ou meia de nylon até a coxa.

Os resultados com o uso da meia foram ótimos: alívio da dor, peso e cansaço em todos os casos. As pacientes foram esclarecidas a respeito do uso adequado da meia: necessidade da marcha e movimentação ativa, evitar posição sentada ou permanência muito tempo de pé, paradas. Em casos de edema pronunciado, há necessidade de períodos de repouso intercalados durante a atividade diária.

A esclerose foi utilizada como tratamento complementar em 103 casos, para controle das varicosidades dependentes do refluxo nos territórios das veias hipogástricas, glúteas e pudendas, ou das varicosidades da coxa que não são alcançadas pela meia elástica. Foi também utilizada a esclerose no tratamento das veias vulvares varicosadas e nas placas de microvarizes da perna ou coxa, quando eram muito incomodativas.

O esclerosante utilizado foi de preferência a glicose hipertônica a 50% ou a associação de glicose em oleato de monoethanolamina na proporção de 4/1 ou de 3/1 de oleato de monoethanolamina.

Da série, 104 casos não foram tratados, seja, pela proximidade do parto, na sua grande maioria, seja, pela ausência de sintomas e insignificância das varicosidades.

**Conclusões.** — Do nosso estudo, chegamos às seguintes conclusões:

1) A incidência de varizes na gravidez foi alta (20%). Nos casos em que já existiam varizes antes da gravidez, elas se acentuaram com a evolução da gestação.

2) Após o parto houve desaparecimento ou grande melhora dos sintomas. Na maioria dos casos só permaneceu o problema estético. Nas gestações seguintes as varizes se acentuaram de novo e reapareceram os sintomas.

3) O aparecimento de varizes é mais freqüente nas primeiras gestações e, em geral, durante os primeiros três meses.

4) Não houve relação entre a intensidade do edema e das varizes.

5) Embora nem sempre evidente, o comprometimento das safenas foi grande.

6) A despeito da grande incidência de varizes volumosas nas gestantes, as alterações tróficas da perna não foram freqüentes.

7) O tratamento conservador, empregado na maioria dos nossos casos, foi o que deu os melhores resultados. O tratamento cirúrgico, embora bom sob o ponto de vista funcional, não mostrou ser o ideal em relação a estética, pois exigiu incisões mais numerosas e maiores. A pigmentação das cicatrizes também foi mais intensa e extensa. A cirurgia, entretanto, está bem indicada nos casos em que não haja grande comprometimento da estética, isto é, naqueles casos com insuficiência dos troncos venosos principais e perfurantes-comunicantes, mas que não apresentam edema, pelotões varicosos, colaterais muito numerosas e sinuosas microvarizes e telangiectásias muito extensas.

8) Nos nossos casos, o tratamento, qualquer que tenha sido o método empregado, não interferiu de nenhum modo na gestação ou no parto.

9) Bons resultados obtidos justificam a necessidade de cuidar das gestantes varicosas.

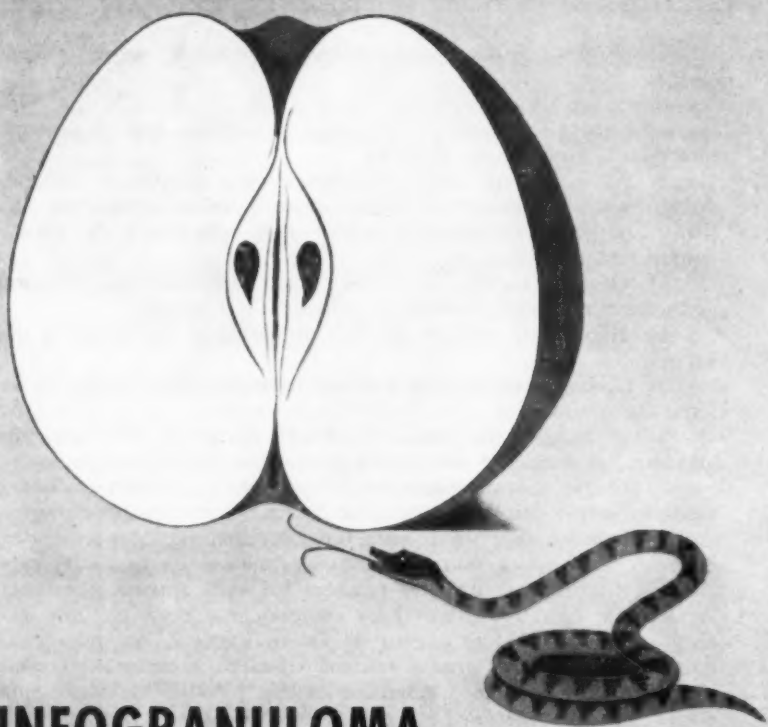
## RESUMO

Os autores analisam 426 gestantes portadoras de varizes dos membros inferiores. Nesta análise abordam os seguintes tópicos: incidência, idade das pacientes e época do aparecimento das varizes, edema, dor, extremidade afetada, tratamento e resultados. Apresentam várias conclusões ressaltando a conveniência e inocuidade do tratamento durante a gestação.

## SUMMARY

The authors study 426 pregnant women with varicose veins of the lower limbs. In this study they analyze the following data: incidence, age of the patients and time of in which the varicose veins appeared, date of appearance during pregnancy, oedema, pain, affected limbs, treatment and results.

They present some comments emphasizing the convenience and harmless of treatment during pregnancy.



## LINFOGRANULOMA VENÉREO



Altamente  
eficaz por via oral.

Cada cápsula  
contém 250 mg  
de Aureomicina.

**Um dos antibióticos mais versáteis,**  
indicado contra amebíase intestinal, bru-  
celose, peritonite, coqueluche, pneumo-  
nia, infecções bacterianas associadas  
ao vírus da influenza, infecções gram-  
negativas, gram-positivas, endocardite  
bacteriana resistente à penicilina, lin-  
fogrânuloma venéreo, gonorréia, infec-  
ções do útero e anexos e grande  
variedade de infecções cirúrgicas.

**Suave - Baixo potencial alérgico - Eficaz**

**AUREOMICINA**  
CÁPSULAS

**Divisão LEDERLE**

**Cyanamid Química do Brasil S. A.**  
Rio de Janeiro - Av. Rio Branco, 131 - 21.º  
São Paulo - Rua Lavapés, 326

# O problema de esofagite de refluxo no tratamento cirúrgico do megaesôfago (\*)

— Considerações a propósito de 16 casos —

**DR. MÁRIO RAMOS DE OLIVEIRA**

*Livre Docente e Assistente de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Chefe de Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo. T. C. B. C. — F. A. C. S. — F. I. C. S.*

**DR. PAULO ALTENFELDER SILVA**

*Assistente Extra-numerário da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Cirurgião do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas.*

**DR. PAULO DAVID BRANCO**

*Ex-Residente do Hospital das Clínicas. Médico Auxiliar de Ensino da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.*

O megaesôfago é entidade clínica que há muitos anos vem sendo intensamente estudada em nosso meio, sendo muito discutida a sua etiopatogenia, não chegando os pesquisadores a um acôrdo, havendo opiniões muito variadas. Entre nós a interrelação entre moléstia de Chagas e megaesôfago e a teoria da acalasia da cardia são geralmente aceitas (Correia Netto).

Assim como é debatida a etiopatogenia também o é a terapêutica, não havendo uma conduta única que ofereça uniformemente bons resultados. A maioria dos cirurgiões indica previamente a dilatação endoscópica da cardia, reservando a cirurgia para os casos de insucesso da endoscopia.

Inúmeras operações têm sido propostas para o tratamento do megaesôfago. Entre as operações realizadas, a esofagogastrostomia, quer pela técnica de Heyrowsky, quer pela técnica de Gröndahl, ou com ressecção da cardia e a cardioplastia de Wendel-Sweet, tiveram sua época, sendo praticadas, embora com ceticismo. No Serviço da 3.<sup>a</sup> Clínica Cirúrgica do Hospital das Clínicas, essas operações foram praticadas 16 vezes, para o tratamento do megaesôfago no período de 1946 a 1952; a revisão dêsse material é que nos leva, no presente trabalho, a tecer considerações sôbre o problema de esofagite de refluxo no tratamento cirúrgico do megaesôfago.

---

(\*) Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo — Profs. Alípio Corrêa Netto, E. Vasconcelos, Eurico da Silva Bastos.

## MATERIAL DE ESTUDO

Nosso material de estudo é composto das observações de 16 casos de megaesôfago operados na 3.<sup>a</sup> Clínica Cirúrgica do H. C. no período de junho de 1946 a setembro de 1952. Tratava-se de casos de megaesôfago descompensado, cujos pacientes haviam se submetido a tratamento prévio, endoscópico, sem resultado. Esses pacientes tiveram um seguimento que variou entre 4 meses e 10 anos, o qual nem sempre foi completo.

12 pacientes eram do sexo masculino e 4 do sexo feminino. A idade variou entre 23 e 62 anos, com uma média de 35,6.

A sintomatologia se caracterizava principalmente por disfagia, regurgitação, por vezes queimação retro-esternal, dor retro-esternal ou epigástrica. A duração da história clínica variou entre 3 e 30 anos, com média de 13,5. Em todos, a disfagia com sensação de parada dos alimentos ao nível do apêndice xifóide, era a queixa dominante. Alguns pacientes chegaram a acentuado grau de desnutrição.

14 pacientes apresentavam regurgitação. 4 provocavam o vômito para obter alívio do mal estar decorrente da parada de alimentos. Era freqüente — regurgitação durante o sono, com o decúbito horizontal.

4 pacientes tinham queixa de queimação retro-esternal; 9 pacientes apresentavam queixa dolorosa, às vezes ao nível do apêndice xifóide, às vezes no epigástrico. Em geral, as dores estavam relacionadas com a passagem dos alimentos.

O exame radiológico foi relativamente uniforme, mostrando grande aumento do calibre do esôfago, com acentuada estase do contraste.

Os relatórios dos exames endoscópicos não referem esofagite. Em 2 casos (n.os 10 e 12) houve perfuração acidental do esôfago, durante o exame.

2 casos (n.os 6 e 7) haviam se submetido previamente a uma operação, presumivelmente pela técnica de Heller, com melhora apenas transitória da sintomatologia.

## MÉTODOS CIRÚRGICOS UTILIZADOS

**Intervenção cirúrgica.** — Em 4 casos (n.os 11, 14, 15 e 16) foi realizada a cardioplastia de Wendel-Sweet, via transtorácica com incisão longitudinal da cardia e sutura transversal e em 12 casos foi realizada uma esôfago-gastrostomia, sendo usado o acesso transtorácico em 9 casos e abdominal em 3 casos (n.os 4, 5 e 6).

8 casos foram operados segundo a técnica de Heyrowsky (n.os 1, 3, 6, 7, 8, 9, 12 e 13); 2 casos pela técnica de Gröndhal (n.os 4 e 5) e em 2 casos (n.os 2 e 10) foi feita a ressecção da cardia e esôfagogastrostomia.

QUADRO I

IDENTIFICAÇÃO					DIBAGIA	REQUERIT. OU VÔMITO	SINTOMATOLOGIA				ENDOSCOPIA
Caso n.º	Nome	Reg.	Idade	Sexo			Quemacção	Dôr	Radiologia		
1	LAP	38767	28	M	Sim	Sim. Vômitos prov.	Não	Não	Megacésfago	—	
2	JDF	38701	39	M	Sim	Sim	Não	Sim. Ocasional no epig.	Megacésfoga	Megacésfago	
3	JAN	38896	46	M	Sim	Sim	Sim	Não	Megacésfago	Megacésfago	
4	AR	49649	50	M	Sim	Não	Não	Não	Megacésfago	Megacésfago	
5	ATS	49056	42	M	Sim	Sim	Sim discreta	Sim. Ocasional no epig.	Megacésfago	Megacésfago	
6	AMS	55507	62	M	Sim	Sim	Não	Sim. Ao nível do ap. xif.	Megacésfago	Megacésfago. Não se conseguiu passar a cardia	
7	ME	57950	42	F	Sim	Sim	Sim	Não	Megacésfago	Megacésfago	
8	BP	78800	32	M	Sim	Sim	Não	Sim. Retro external	Megacésfago	Megacésfago	
9	AR	100518	27	F	Sim	Sim. Vômitos prov.	Não	Não	Megacésfago	Megacésfago	
10	CTS	79345	42	F	Sim	Sim. Vômitos prov.	Sim	Sim	Megacésfago	Megacésfago	
11	BF	135711	21	M	Sim	Sim	Não	Sim. Retro external	Megacésfago	Megacésfago	
12	FA	218492	41	M	Sim	Sim	Não	Sim. Retro ext. Epigástrica	Megacésfago	Megacésfago. Perforação instrum. do esfago	
13	AM	223210	25	M	Sim	Sim	Não	Não	Megacésfago	—	
14	JBS	270406	30	M	Sim	Sim	Não	Não	Megacésfago	—	
15	JPS	274960	23	M	Sim	Sim. Vômitos prov.	Não	Sim. Epigástrica	Megacésfago	—	
16	MFG	272448	27	F	Sim	Não	Não	Sim. Epigástrica	Megacésfago	Megacésfago	



QUADRO II (Resultados precoces)

CASO	OPERAÇÃO	COMPLIC. OPERATÓRIAS	DISFAGIA	REGURGIT. OU VÔMITOS	QUEIMAÇÃO	DÓR	RADIOLOGIA	ENDOSCÓPIA
1	Esfagagastrostomia. Via transtorácica	Óbito	—	—	—	—	—	—
2	Ressecção da cardia. Esofagagastrostomia. Via transtorácica	Hidropneumotorax a Esofagagastrostomia	Não	Não	Não	Não	Gde. dilatação esfago. Bóca permeável	—
3	Esfagagastrostomia. Via transtorácica	Não	Não	Não	Não	Não	Estase — Dilatação. Bóca permeável	—
4	Esfagagastrostomia. Via abdominal (Gröndahl)	Flegmão do mediastino	Sim. Para sólidos	Sim	Não	Não	Estase. Bóca permeável	Não se conseguiu passar a bóca anastomótica e/ o tubo
5	Esfagagastrostomia. Via abdominal (Gröndahl)	Não	Não	Não	Não	Não	—	—
6	Esfagagastrostomia. Via abdominal	Deisc. pele e do subcut.	Sim. Para sólidos	Regurgitação	Não	Não	Transito demorado. Calibre aumentado	Não foi notada alteração de mucosa. O tubo progr. até o hiato esfago.
7	Esfagagastrostomia. Via transtorácica	Não	Não	Não	Não	Não	Estase — Dilatação. Bóca permeável	—
8	Esfagagastrostomia. Via transtorácica	Não	Não	Não	Não	Não	—	—
9	Esfagagastrostomia Via transtorácica	Não	Sim. Para sólidos	Não	Não	Não	Estase — Restos alimentares. Passagem fracionada do contr.	—
10	Ressecção da cardia. Esofagagastrostomia. Via transtorácica	Liq. sero-hemor. no hem. Es.	Não	Não	Não	Não	—	—
11	Cardioplastia (Wendel-Sweet)	Não	Sim. discreta	Não	Não	Não	Estase Bóca permeável	—
12	Esfagagastrostomia. Via transtorácica	Pneumotor. nec. punç.	Não	Não	Não	Não	—	—
13	Esfagagastrostomia. Via transtorácica	Não	Não	Não	Não	Não	—	—
14	Cardioplastia. (Wendel-Sweet)	Não	Não	Não	Não	Não	—	—
15	Cardioplastia. (Wendel-Sweet)	Não	Sim. discreta	Não	Não	Sim. Ocasional	—	—
16	Cardioplastia (Wendel-Sweet)	Não	Sim. P/sólid. Ocas.	Não	Não	Sim. Ocasional	Estase — Dilatação Bóca permeável	Sinais de esofagite feita dilatação da cardia



QUADRO III (Resultados tardios)

CASO	DIREFAGIA	REGURGITAÇÃO VÔMITOS	QUEIMADURA	DÓR	RADIOLOGIA	ENDOSCOPIA	OBSERVAÇÕES
1	—	—	—	—	—	—	O paciente faleceu no post-operató- rio imediato
2	Sim	Sim. Vômitos escuros sangue	Sim intensa	Sim	Esôfago dilatado. Passagem esôfago-gástrica difícil	Esófagite intensa	—
3	Sim	Não	Não	Sim. Na Pas- sagem alim.	Dificuldade na passagem do contraste	—	—
4	Sim	Não	Não	Não	Estase. Suspeita de estenose de boca	—	—
5	—	—	—	—	—	—	Não houve segui- mento tardio
6	Sim	Não	Não	Não	Passagem restrita do contraste	—	—
7	Sim	Não	Sim intensa	Sim	Esôfago dilatado. Passagem fácil do contraste. Estômago em cascata	—	—
8	Sim	Sim	Não	Não	—	—	—
9	Não	Não	Sim	Não	Estase. Evidenciada passagem mais fácil do contr. p/boca do que p/cárdia	Não há sinal de esófagite	—
10	Não	Não	Sim	Sim. Epigás- tr. post. prand.	Béca anastomótica, permeável situação torácica do estômago	Estase Esófagite	—
11	Sim Discreta	Sim. Vômitos às vezes sang.	Sim	Não	Persiste a dilatação do esôfago	—	—
12	—	—	—	—	—	—	Não houve segui- mento tardio
13	Não	Não	Sim	Sim	Estase. Dilatação do esôfago béca anastomótica permeável	Estase Esófagite	—
14	Não	Não	Não	Não	—	—	—
15	Sim. Para sô- lidos discreta	Sim	Sim (ardor)	—	Estase Cárdia permeável	—	—
16	Sim. Muito discreta	Sim	Sim. Epigás- trica	—	—	Estase - Esófagite. Feita dilatação endoscópica	—

## RESULTADOS

1) **Mortalidade Operatória.** — Tivemos 1 caso de óbito ocorrido por deiscência da anastomose, com subsequente peritonite, pleurite e pericardite (n.º 1). Durante a operação ocorreu extravazamento do conteúdo gástrico no campo operatório.

2) **Complicações Operatórias.** — Em 1 de nossos casos, foi observado flegmão do mediastino, sendo necessário a execução de drenagens (caso n.º 4). Não se verificaram outras complicações operatórias graves. Tivemos 1 caso com deiscência parcial dos planos superficiais (caso n.º 6) e em 3 casos operados por via transtorácica e não drenados (n.os 2, 10 e 12) foram necessárias punções para retirada de líquido sero-hemorrágico.

**RESULTADOS PRECOSES (Quadro II).** — Houve de maneira geral, atenuada melhora em relação à sintomatologia pré-operatória.

Assim, a disfagia foi completamente removida em 9 casos. 6 casos (n.os 4, 6, 9, 11, 15 e 16) apresentavam, porém, já no pós-operatório imediato, sensação de dificuldade na passagem dos alimentos ao nível do apêndice xifóide, em geral não muito intensa. 1 caso (n.º 9) apresentou a queixa de disfagia no 7.º dia de pós-operatório, concomitantemente com regurgitação, tendo melhorado com lavagens esofágicas. No pós-operatório imediato, não houve queixa de queimação retroesternal. 2 casos (n.os 15 e 16) apresentaram leve dor, ocasional, ao nível do apêndice xifóide ou epigástrico.

Em 8 pacientes submetidos a exame radiológico foi observada boa permeabilidade da boca anastomótica. Persistia a estase e a dilatação do esôfago (figs. 1 e 2).

O exame endoscópico foi realizado em 3 pacientes (n.os 4, 6 e 16). Em 1 deles (n.º 4) não foi possível ultrapassar a boca anastomótica. No segundo (n.º 6) não se notou alteração da mucosa esofageana. No terceiro (n.º 16) foi encontrada esofagite e procedeu-se à dilatação da cárdia (havia sido feita cardioplastia).

**RESULTADOS TARDIOS (Quadro III).** — Com o decorrer dos meses, a disfagia foi referida por 9 pacientes. Queixavam-se de parada de alimentos sólidos ou secos ao nível do apêndice xifóide. Essa disfagia, porém era de intensidade menor do que antes da operação e, com auxílio de líquidos, os pacientes conseguiam fazer progredir o bolo alimentar. Apenas 1 paciente (n.º 2) chegou a um grau tão grande de disfagia, que tornou-se necessária a execução de uma gastrostomia. 2 pacientes (n.os 5 e 12) não tiveram seguimento tardio e 4 casos (n.º 9, 10, 13 e 14) não apresentaram mais a queixa de disfagia.

5 pacientes (n.os 2, 8, 11, 15 e 16) apresentaram vômitos ou regurgitação. 2 casos (n.os 2 e 11) vomitavam às vezes material escuro, sanguinolento.



Fig. 1 — Obs. n.º 4 — Estase do contraste no post-operatório imediato, sem haver disfagia.



Fig. 2 — Obs. n.º 9 — Estase no post-operatório imediato, sem haver disfagia com boa permeabilidade de bôca anastomótica.

8 casos apresentaram a queixa de queimação retroesternal, em geral muito intensa. 5 pacientes referiram dor: 1 dêles (n.º 3) não referia queimação, e a dor era sentida no momento da passagem dos alimentos.

O exame radiológico, realizado em 10 casos, revelou em todos estase do contraste. Em 4 casos (n.ºs 2, 3, 4 e 6) havia evidência de uma passagem difícil do contraste pela bôca anastomótica. Em 1 caso (n.º 9) (figs. 3 e 4) ficou demonstrado que havia mais passagem de contraste pela bôca anastomótica do que pela cardia.

O exame endoscópico realizado em 6 pacientes mostrou, em 5 casos, acentuada esofagite. Em 1 caso (n.º 9) não havia sinais de esofagite. Em exame feito 2 anos após a operação.

### COMENTÁRIOS GERAIS

Da análise dos resultados aqui referidos, vemos que a anastomose esofagogástrica e a cardioplastia de Wendel-Sweet são operações bem suportadas, quer executadas por via transtorácica, quer por via abdominal. Registramos apenas um óbito e assim mesmo foi o primeiro da série, tendo havido durante a operação falha técnica: extravazamento de conteúdo gástrico e esofágico na cavidade. As outras



Fig. 3 — Obs. n.º 9 — Exame radiológico feito para observar resultado tardio: revelou boa passagem pela bôca anastomótica e êstase no esôfago.

complicações operatórias foram pequenas e não chegaram a influir nos resultados.

Os resultados precoces foram relativamente bons, com alívio acentuado da disfagia, que era a queixa dominante. Paralelamente os vômitos desapareceram, não havendo no pós-operatório imediato queimação ou dor, a não ser em 2 casos operados de cardioplastia (n.ºs 15 e 16).

Êstes resultados aparentemente encorajadores estão de acôrdo com o que a maioria dos autores tem relatado. Barret(2), Maurtua(15), entre outros, observaram o mesmo resultado em seus pacientes.

No entanto, com o passar dos meses e anos, a situação muda de maneira drástica. Os doentes tornam-se de uma maneira ou de outra, sintomáticos. Aparece um certo grau de disfagia, ou então, queimação retroesternal. Mais raramente surgem vômitos, algumas vêzes sanguinolentos. Barret(2) encontrou anemia com muita frequência em seus doentes, porém, as complicações tardias mais graves são a queimação retroesternal e a disfagia.

Dos nossos pacientes que tiveram seguimento, todos apresentaram queixas, uns mais leves e outros mais intensas, decorrentes



Fig. 4 — Obs. n.º 9 — Exame radiológico feito para observar o resultado tardio.

das operações realizadas, nenhum permanecendo assintomático por longo tempo.

A disfagia embora incômoda não foi de intensidade tal a perturbar a nutrição dos pacientes, pois era em geral referida apenas para alimentos sólidos ou secos. Os líquidos e pastosos progrediam para o estômago com relativa facilidade. Nêsse particular, distinguia-se da disfagia no período pré-operatório, quando era progressiva: no início para sólidos e posteriormente também para os pastosos e líquidos. Em 1 caso, porém, foi muito intensa e aliada a outros fatores, levando o paciente à caquexia. Como causa dessa disfagia no pós-operatório tardio, tem sido lembrada a relativa estenose da boca anastomótica; não se conseguiu encontrar uma relação entre a técnica de sutura ou o diâmetro da boca anastomótica no ato e o aparecimento da disfagia, nos 16 casos que observamos.

Mais importante pela gravidade e intensidade dos sintomas, foi a queimação retroesternal. É o sintoma predominante de uma intensa esofagite, que tem como única causa o refluxo do líquido gástrico para o esôfago, constituindo a esofagite de refluxo, magistralmente estudada por Allison<sup>1</sup>. O contacto de delicada mucosa esofágica com o conteúdo gástrico ácido-péptico refluido, traz como consequência uma digestão da mucosa muito semelhante ao fenô-

meno verificado com a pele do abdôme na presença de uma fístula gástrica (2,3).

Em situação normal, a passagem dos alimentos para o estômago e o refluxo do conteúdo gástrico para o esôfago, são regulados por um mecanismo de piloro, muito complexo, que tem sido estudado por diversos autores. Modernamente a tendência é não só a de se reconhecer a existência do mecanismo de piloro da cárdia (Curti<sup>6</sup>), mas também a importância da prevenção do refluxo (Barret<sup>2,3</sup>, Allison<sup>1</sup>, Marchand<sup>14</sup>, Kay<sup>10</sup> ressalta a relação da patologia do esôfago inferior com o funcionamento muscular dessa porção do órgão.

De uma maneira geral no mecanismo de piloro, os seguintes fatores são admitidos como de grande importância.

- 1) musculatura intrínseca
- 2) ângulo esôfago-gástrico
- 3) hiato esofageano do diafragma
- 4) gradiente de pressão entre a cavidade pleural e cavidade abdominal
- 5) pressão intra gástrica
- 6) ação dos órgãos vizinhos (fígado, cúpula diafragmática).

A importância da musculatura intrínseca (piloro esôfago-gástrico) foi exaustivamente estudada por Curti<sup>6</sup> que concluiu pela existência de um verdadeiro piloro com musculatura esfíncter e musculatura dilatadora, acentuando a importância da alça oblíqua gástrica frequentemente não levada em conta pelos cirurgiões.

O ângulo esôfago-gástrico é de grande importância, segundo quase a totalidade dos autores que têm estudado o refluxo esôfago-gástrico. Assim, Allison<sup>1</sup>, Marchand<sup>14</sup>, Lortat-Jacob<sup>12,13</sup> e Hunfreys<sup>8,9</sup>, acreditam aí residir um dos principais fatores na proteção da mucosa esofágica contra o suco gástrico. Allison<sup>1</sup> e Marchand<sup>14</sup> realizaram interessantes experiências no cadáver, demonstrando que a passagem de conteúdo gástrico era impedida no estado normal e que uma vez destruído o ângulo oblíquo esôfago-gástrico, refluxo se instalava.

A importância do hiato esofageano ficou superestimada com o estudo e tratamento da hérnia diafragmática pelo hiato, porém, Allison<sup>1</sup>, estudando profundamente essa entidade clínica, veio a estabelecer precisamente a anatomia, a função e a importância do hiato esofageano na esofagite por refluxo. Vários autores acreditam, também, que as fibras musculares que entram na constituição do hiato, provém do pilar direito do diafragma. Atualmente admite-se mesmo que uma constrição muito intensa do hiato produzida na correção da hérnia hiatal não impede o refluxo e pode ser causa de disfagia.

Não pode ser esquecida a importância da relação com os órgãos vizinhos, principalmente o fígado e o diafragma representado pela sua cúpula esquerda. Marchand<sup>14</sup>, no cadáver, verificou que a pressão intragástrica necessária para vencer a resistência da cárdia e provocar refluxo era diminuída, quando se deprimia a cúpula diafragmática, e aumentada, quando a cúpula era retirada, provocando uma ascensão do fundo gástrico.

A importância do gradiente de pressão entre o tórax e o abdome foi bem estabelecida por Marchand<sup>14</sup> que verificou que as pressões no tórax e abdome transmitem-se ao esôfago e estômago, criando-se, assim, através do esôfago, um gradiente de pressão negativo do tórax para o abdome que varia de 5 a 15 cm de H<sub>2</sub>O. Segundo o mesmo A. esse gradiente é em grande parte responsável pelo retardamento fisiológico que sofre a progressão do bolo alimentar ao nível do esôfago terminal; por outro lado favorece o refluxo gastro-esofágico, quando destruído o mecanismo de proteção.

O papel da pressão intragástrica é intuitivo e também foi bem estudado por Marchand<sup>14</sup>.

Dessas considerações decorre logicamente a afirmação de que a *esofagogastrostomia* ou a cardioplastia de Wendel-Sweet destruindo os mecanismos de proteção o refluxo gástroesôfago que se estabelece trará inevitavelmente a esofagite (Coinaud<sup>4</sup> e Rigley<sup>17</sup>). Sweet<sup>18</sup> afirma que em seus casos de anastomose esofagogástrica observou refluxo muito pequeno ou mesmo inexistente. Atribue esse fato à sua técnica cirúrgica, que procura executar uma implantação oblíqua do esôfago no estômago. Afirma também que a cardioplastia segundo a técnica preconizada dá resultados satisfatórios. Watkins<sup>20</sup> propôs a sua esofagogastrostomia valvular, que evitaria o refluxo. Humphreys<sup>8,9</sup> ainda aceita a ressecção do esôfago terminal com anastomose esôfago-gástrica, alegando que a esofagite sobrevém tardiamente e que a disfagia como sintoma principal é removida.

Entre nós, Vasconcelos<sup>19</sup>, havia proposto a via extrapleural para a esofagogastrostomia. Degni<sup>7</sup> em 1954 defendia a anastomose esofago-gástrica, porém, atualmente, em seguimento mais tardio, constatou a presença quase sistemática da esofagite e abandonou totalmente essa técnica. Câmara Lopes<sup>11</sup> mais recentemente tem preconizado a ressecção total do esôfago torácico com anastomose esôfago-gástrica cervical, acreditando que no megaesôfago todo o órgão está comprometido, e não apenas a região da cárdia.

Evidentemente nem toda mucosa reage de maneira igual ao contacto do líquido ácido-péptico refluído do estômago. O período necessário para que a esofagite se manifeste será variável. Mesa Campos<sup>16</sup>, demonstrou que o teor da acidez gástrica nos portadores de megaesôfago é normal, não havendo como se alegava uma hipocloridria. Por isso, uma vez instalado o refluxo, a esofagite sobrevirá pela ação ácido-péptica do líquido gástrico.



Chegamos portanto a conclusão que a esofagogastrostomia e a cardioplastia de Wendel-Sweet, embora sendo operações bem toleradas e com resultados precoces relativamente bons, deverão sempre que possível ser evitadas no tratamento do megaesôfago, pelos maus resultados tardios determinados principalmente pela esofagite de refluxo que se verifica.

### RESUMO

Os AA. após apresentarem 16 casos de megaesôfago nos quais foi executada a anastomose esôfago-gástrica ou a cardioplastia de Wendel Sweet, passam a analisar os sinais e sintomas no pré e pós-operatório imediato e tardio.

Estudando o mecanismo fisiológico pelo qual a cárdia impede o refluxo gastroesofágico, concluem que, embora a anastomose esôfago-gástrica e a cardioplastia de Wendel Sweet sejam operações bem toleradas e dêem em alguns casos resultados precoces satisfatórios, devem sempre que possível ser evitadas como método terapêutico no tratamento do megaesôfago.

### SUMMARY

The writers present 16 cases of achalasia of the esophagus on which an esophagogastric anastomosis or a Wende Sweet cardioplasty were performed, and analyse its signs and symptoms on the immediate or delayed pre and posoperative periods.

On studying the physiological mechanism that prevents the reflux of the gastric juice into the esophagus, the writers came to the conclusion that although the afore mentioned operations are well tolerated and may afford early temporary satisfactory results, they should be avoided whenever possible in the treatment of achalasia of the esophagus.

### REFERÊNCIAS

1. ALLISON, P. R. — *Reflux esophagitis, sliding hiatal hernia and the anatomy of repair.* Surg. Gynec. & Obst. 92:449-451, 1951.
2. BARRET, N. R. & FRANKLIN, R. H. — *Concerning the unfavourable late results of certain operations performed in the treatment of cardiospasm.* Brit. J. Surg. 37:194-202, 1949.
3. BARRET, N. R. — *Hiatus hernia. A review of some controversial points.* Brit. J. Surg. 42:231-244, 1954.
4. COINAUD, C. — *Maladie peptique de l'oesophage chez l'adulte.* J. Chir. 71:408-427, 1955.
5. CORREIA NETTO, A. — *Patogenia, Diagnóstico e Tratamento do Megaesôfago.* Editora Nacional, São Paulo, 1935.
6. CURTI, P. — *Piloro esôfago-gástrico: estudo anatômico e importância cirúrgica do componente muscular.* Tese apresentada para concurso de Livre Docência, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1955.
7. DEGNI, M. — 1959 — Comunicação pessoal.



8. HUMPHREYS, G. H. — *The Esophagites*. Surg. Cl. North Am. 38:351-370, 1958.
9. HUMPHREYS, G. H.; FERRER, J. M. & WIEDEL, P. D. — *Esophageal hiatus hernia*. J. Thoracic Surg. 34:749-767, 1957.
10. KAY, E. B. — *The inferior constrictor in relation to lower esophageal disease*. J. Thoracic Surg., 25:1-15, 1953.
11. LOPES, C. — 1959 — Comunicação pessoal.
12. LORTAT-JACOB, J. L. — *Les maladies peptiques de l'oesophage*. J. Int. Chir. 11:152-175, 1951.
13. LORTAT-JACOB, J. L. — *Inconvenientes des anastomoses oesophagogastriques (cardioplasties em particulier) dans le traitement du cardiospasmes*. Arch. Marc. App. Digest. 11: novembro, 1951 — (referido em C. Coinaud 4).
14. MARCHAND, P. — *The Gastro-oesophageal "sphincter" and the mecanism of regurgitation*. The Brit. Jour. Surg. 42:504-513, 1955.
15. MAURTUA, L. C. — *A propos de 2 cas d'oesophago-gastrotosmoie pur megaesophage*. Me. l'Acad. Chir. Paris. 81:695-697, 1955.
16. MESA CAMPOS, O. — *Acidez gástrica no megacôsfago e megacolon: sua determinação pela prova de Katsch-Kalk* — tese de doutoramento F.M.U.S.P. 1951.
17. RIGLEY, M. R.; OLSEN, A. M.; KIRKLIN, J. W. — *Esophagitis after esophago-gastric anastomosis*. Surgery 32:1-9, 1952.
18. SWEET, R. H. — *Comentando o trabalho de Humphreys 9*. The Jour. Thor. Surg. 34:774, 1957.
19. VASCONCELOS, E. — *A cirurgia do Megaesôfago*. Cia. Ed. Nacional, 1937.
20. WATKINS, D. H.; PRAVEDAL, A.; HARPER, F. R. — *A method of preventing peptic esophagitis following esophagogastronomy*. Jour. Thor. Surg. 28:367-382, 1954.

# Fatos e algarismos



de 80 a 130 mg%.

são geralmente as oscilações da glicemia nas pessoas sãs.

A função da terapia oral do diabetes é a de levar, o máximo possível, ao seu estado normal - à euglicemia - o alto nível glicêmico do diabético.

## **RASTINON®** »HOECHST«

estabiliza a glicemia em seus níveis normais, ficando excluído - ao contrário da insulina ou da clorpropamida - o perigo de uma reação hipoglicêmica mesmo com dosagem excessiva do medicamento.

Esta vantagem, principalmente terapêutica, é mais um motivo para a tolerância e a segurança insuperáveis, com a qual Rastinon alicerçou sua posição soberana no tratamento moderno do diabetes.



FABRIK HOECHST AG

Frankfurt (M) - HOECHST/ALMANHA

Representante: HOECHST DO BRASIL Química e Farmacêutica S.A. - Rio de Janeiro, C.P. 1529

® Marca registrada

# Resultados da gastrectomia pela técnica do Billroth I

Dr. DAVID ROSENBERG

*(Livre docente de Clínica Cirúrgica da Escola Paulista de Medicina.  
Chefe do Setor de Cirurgia do IAPC de São Paulo)*

Dr. FERNANDO DE CAMARGO VIANNA

*(Assistente extra-numerário do Departamento de Cirurgia da Escola Paulista de Medicina.)*

Dr. JOÃO AUGUSTO DE MELLO SARAIVA

*Cirurgião do IAPC de São Paulo)*

## INTRODUÇÃO

Há vários anos estamos estudando o problema da úlcera gastroduodenal e o seu tratamento cirúrgico.

Os resultados obtidos com esse tratamento não são suficientemente bons para indicarmos com convicção esta ou aquela modalidade de intervenção.

Fizemos estudos sobre a vagotomia não só observando a distribuição anatômica dos nervos vagos na porção infrabronquica do esôfago (32) como também os resultados clínicos imediatos (33). A influência da ressecção dos nervos vagos na secreção ácida do estômago foi relatada por Rosenberg, Carvalho e Camargo Viana (38). Rosenberg, Faria e Pan Chacon (39) estudaram a influência da vagotomia no tratamento da úlcera duodenal de pacientes operados há 6 anos. Rosenberg e Secaf (40) apresentaram as alterações radiológicas do estômago do vagotomizado. Em 1958 Rosenberg e Pan Chacon (39) fizeram um estudo clínico, químico e radiológico de pacientes operados de vagotomia há mais de 6 anos.

De todos esses estudos concluímos que a vagotomia deve ser usada como um processo associado à gastroenterostomia, em pacientes em más condições gerais para suportar uma gastrectomia, ou naqueles casos em que as condições locais tornariam a exeresse de úlcera muito perigosa.

Nós estávamos habituados a fazer a gastrectomia pela técnica de Reichel-Polya ou Kronlein-Balfour, modificações do Billroth II, que são as mais usadas em nosso meio.

Pareceu-nos, entretanto, não ser pequeno o número de sequelas pós-operatórias ou por síndrome pós-prandial precoce ou pela incapacidade de paciente de ganhar peso. Resolvemos avaliar a veracidade dessa impressão fazendo um estudo dos resultados da gastrectomia sub-total à Billroth II no tratamento da úlcera gastroduodenal (37) o que realmente comprovou essa suspeita.

Nestes últimos 10 anos houve um maior interesse geral pelo Billroth I, evidenciando pelo grande número de trabalhos publicados sobre essa técnica na literatura mundial, onde podemos destacar Cebalos (6) que, em 1933, havia usado este processo em mais de 300 casos, e em 1937, em 750 casos; Gomes (11) com 199 casos; Higginson e Clagett (16) com 95 casos; Schoemaker (42) com 111 casos; Bohmanson (4) com mais de 1200 casos; Abbott (1) com 15 casos; Wallenstein e Gotman (43) com 364 casos; Moloney (20) com 193 casos; Nakayama (23) com 687 casos; Capper e Welbour (5) estudando milhares de casos de vários autores; Localio (18) com 120 casos; e sobretudo os de Harkins e col. (13) apresentando séries sucessivas de 93, 198 e 500 casos; Glenn (9) usou Billroth II em 380 casos e Billroth I em 77, a fim de poder chegar a uma conclusão.

Entre nós, apresentaram trabalhos referentes ao assunto os seguintes autores: Monteiro e Barreto (21) descrevendo uma técnica de ressecção asséptica do estômago com reconstrução à Billroth I, Bastos, Goffi e Frota (3) com 12 casos; Paulino e Pereira (29) com 64 casos e Paulino (28) com 75 casos; Bastos (2) referia ter feito Billroth I em 63 casos, Nogueira e Santana (24) em 27 e Montenegro e col. (22) em 50 casos.

Nós também seguimos essa orientação e operamos todos os casos em que havia indicação de Billroth I. Apresentamos os nossos resultados imediatos em uma série de 25 casos (34), de 44 casos (35) e a seguir de 56 (36).

Neste trabalho apresentamos os resultados tardios de 100 pacientes por nós operados pela técnica de Billroth I.

## MATERIAL E MÉTODO

Operamos pela técnica de Billroth I 100 pacientes. Dêstes, 75 eram portadores de úlceras gastro-duodenais (57 úlceras duodenais e 18 úlceras gástricas) e foram por nós estudados. Eram do sexo masculino 56 e do feminino 19 pacientes. O seguimento foi de 6 meses a 3 anos e meio.

Técnica operatória: Foi descrita, com detalhes, em trabalho anterior (36).

Esta técnica foi utilizada nas séries iniciais de casos. Últimamente não temos tido necessidade de fazer o descolamento de Kocker, tendo sido possível fazer a anastomose gastro-duodenal sem tensão e sem mobilização duodenal na grande maioria dos casos de ressecção parcial do estômago por úlcera.

Continuamos a fazer esta mobilização nos casos de gastrectomia total nos quais se pretende reconstruir o trânsito por esfago-duodenostomia.

Tivemos necessidade de fazer alguma coisa a favor de dois pacientes portadores de Dumping-syndrome grave após gastrectomia à B II anisoperistáltica, uma pré-cólica e outra transmesocólica, operados há 5 anos e 4 meses e 3 anos e 3 meses respectivamente. Resolvemos, nesses casos, tentar a conversão do Billroth II em Billroth I.

Como a ressecção gástrica nos dois casos tinha sido satisfatória e o funcionamento da boca anastomótica era bom e não havia úlcera jejunal usamos uma técnica que nos parece simples e satisfatória e que é a de Henley (15) por nós modificada.

Desfeitas as aderências e exposta a anastomose, é feita uma boa exploração do côto gástrico e da alça jejunal confirmando os dados pré-operatórios referentes à extensão da ressecção, posição da boca anastomótica e ausência de úlcera jejunal.

Expomos a 2.<sup>a</sup> porção do duodeno e fazemos o descolamento de Kocher-Wyart até a 3.<sup>a</sup> porção, afastando o mesocolon.

Seccionamos a alça aferente junto à pequena curvatura e fechamos em dois planos de sutura a boca distal. A seguir seccionamos a alça eferente cerca de 20 cms. além da boca anastomótica. Anastomosamos a extremidade proximal da alça aferente à distal da eferente.

A porção proximal da alça eferente é levada à segunda porção do duodeno, fazendo-se uma anastomose da extremidade proximal da alça eferente lateralmente à segunda porção do duodeno, no sentido longitudinal, com pontos separados de algodão em dois planos de sutura. Fizemos a seguir a ressecção dos nervos vagos que é a modificação por nós introduzida.

No primeiro paciente a anastomose gastro-jejunal era pré-cólica e a reconstrução foi mais fácil ficando a alça anastomosada adiante do colo.

No segundo caso de anastomose gastro-jejunal transmesocólica fez-se a libertação da anastomose e no fim da operação a alça eferente permaneceu transmesocólica.

Com essa técnica a operação limita-se exclusivamente a duas anastomoses intestinais.

Não interfere com o estômago, não reduzindo o reservatório, ao contrário, aumentando com a interposição de um segmento de jejuno, cuja extensão poderá ser graduada de acôrdo com as necessidades.



FIG. 1



FIG. 2

*Conversão de B II em B I anisoperistáltica e precólica. — Nível de secção das alças (1) e aspeto final (2).*



FIG. 3



FIG. 4

*Conversão de B II em B I anisoperistáltica e transmesocólica. Nível de secção das alças (3) e aspeto final (4).*

### RESULTADO E COMENTÁRIOS

Não achamos que o Billroth I seja um processo tècnicamente mais fácil do que o Billroth II. porém, está ao alcance de todo cirurgião experiente em cirurgia gastroduodenal.

O Billroth I tem sôbre o Billroth II uma série de vantagens técnicas: 1) não há tempo duodenal de fechamento do côto, não

estando o paciente sujeito a um dos pontos fracos da gastrectomia causa de mortalidade e morbidade maiores, que é a fístula duodenal; 2) todos os tempos operatórios se passam no andar supramesocólico, não interferindo com o cólon e o mesocólon transversos e evitando os efeitos destes sobre a boca anastomótica; 3) não há alça aferente nem eferente que se possa obstruir, invaginar para o interior do estômago ou ser confundida com o íleo, originando uma gastroileostomia inadvertida de consequências muito graves, e bem estudadas por Oliveira (25).

Tivemos a oportunidade de examinar e diagnosticar um caso muito ilustrativo dessa complicação.

Tratava-se do paciente H.M. de 39 anos, branco, brasileiro, professor, casado, que nos veio a consulta em 5/11/57, com a seguinte história: — Operado de úlcera duodenal hemorrágica há 4 meses e re-operado 10 dias mais tarde de obstrução intestinal, tinha emagrecido 24 quilos. Apresentava diarreia com 3 a 4 evacuações diárias, em grande quantidade logo após as refeições. Reconheceu êle verduras e alimentos, notando ainda um óleo sobre as fezes. Sentia fraqueza e sonolência logo após as refeições. As vezes notava sangue vivo nas fezes. Paciente pálido, não se encontrando nada de anormal ao exame físico, do abdomen, além das cicatrizes operatórias. A suspeita de gastroileostomia inadvertida foi confirmada pelo exame radiológico.

Foi operado de degastro mais gastrectomia em 19/11/57, sendo confirmado o diagnóstico. O paciente chegou a pesar 33 quilos, tendo emagrecido ao todo 33 quilos.

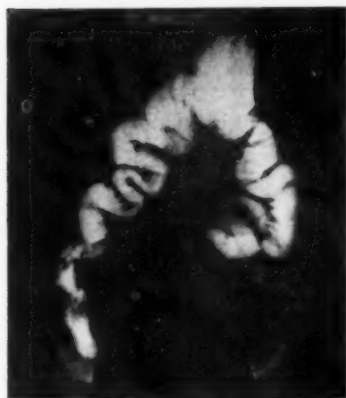


FIG. 5



FIG. 6

Gastroileostomia inadvertida. Nota-se o enchimento do ceco já 30' após ingestão do contraste (fig. 5) e enchimento do ascendente 1 hora após (fig. 6).

Visto em 3/9/58, estava sentindo-se bem, pesava 63 quilos. As evacuações eram normais, não apresentavam mais diarreia.

Algumas críticas são feitas ao Billroth I: 1) não permitiria ressecção suficientemente ampla; 2) seria mais comum a obstrução da boca anastomótica; 3) seria frequente a deiscência do ângulo crítico; 4) seria um processo bom na úlcera gástrica, porém, dificilmente utilizável na úlcera duodenal. Essas críticas já foram por nós defendidas em trabalho anterior (36) e não vamos repetir novamente.

Não usamos o Billroth I em casos de duodeno fixo, estenosado, fibrosado, retroposto, em paciente brevilineo, nos casos em que a retirada da úlcera (que sempre procuramos fazer) exige desvascularização duodenal, tornando-o inadequado para a anastomose. Não fizemos em nenhum desses casos o processo de Von Haberer-Finney, de gastroduodenostomia término-lateral como preconizam vários autores.

Sabemos que os principais problemas de alguns gastrectomizados são a incapacidade de ganhar peso, a dumping-syndrome e a recidiva da úlcera.

A dificuldade que têm alguns gastrectomizados de ganhar peso seria devida à excessiva perda de gorduras e proteínas pelas fezes desses pacientes, não compensadas por dieta hipercalórica e hiperproteica. Isto foi verificado clínica e experimentalmente por vários autores. A razão dessa falta de aproveitamento das proteínas e gorduras seria a exclusão do duodeno desses gastrectomizados, cujo trânsito foi reconstruído por anastomose do estômago ao jejuno. Sendo a chegada do alimento ao duodeno o estímulo normal das secreções biliopancreáticas, não havendo passagem de alimento, sendo portanto, insuficiente o estímulo, é natural que seja deficiente a resposta e, portanto, inferior ao que deveria ser, o valor das secreções digestivas. Por outro lado, sendo o alimento lançado no jejuno e as secreções no duodeno, não há íntima mistura das secreções, já deficientes, com os alimentos. Isto, associado a um trânsito acelerado pelo jejuno, explica a digestão e absorção apenas parcial das proteínas e gorduras, sua falta de aproveitamento pelo organismo e consequente dificuldade do paciente ganhar peso.

Por outro lado, a chegada ao jejuno de alimentos aos quais ele não está habituado, que não foram tratados no duodeno, é um dos fatores que se acredita responsável pela seqüela pós-prandial precoce, com fraqueza, sudorese, taquicardia, desfalecimento e muitas vezes diarreia, a chamada dumping-syndrome, que melhora quando o paciente se deita.

A reconstrução do trânsito por anastomose do côto gástrico ao duodeno, à maneira chamada de Billroth I, evitaria esses inconvenientes, pois haveria passagem dos alimentos pelo duodeno, com elaboração dos sucos digestivos em quantidade normal e íntima mistura dos mesmos com os alimentos, permitindo uma melhor digestão destes.



Vejamos o que pudemos observar do estudo das sequelas apresentadas por nossos pacientes.

**Pêso.** — A incapacidade de ganhar pêso é por todos reconhecida como uma das constantes sequelas das gastrectomias.

Nos nossos casos verificamos que as mulheres perdem pêso com mais facilidade e maior frequência que os homens (quadro I). Os casos de úlcera gástrica suportam melhor a operação e ganham pêso mais facilmente.

Harkins e col. (13) em 196 casos de pacientes operados pela técnica de Billroth I revistos, encontraram em 80 (47%) aumento de pêso, em 36 (21%) pêso inalterado e em 54 (32%) perda de pêso, resultados êsses bem semelhantes aos nossos. Gollinger, Moir e Wrigley (10) em 148 casos tiveram emagrecimento em 20,4%.

	AUMENTO	DIMINUIÇÃO	INALTERADO
♂	15 (48,8 %)	10 (31,2 %)	7 (21,8 %)
♀	6 (42,8 %)	7 (50 %)	1 ( 7,2 %)
U. D.	16 (42,1 %)	16 (42,1 %)	6 (15,8 %)
U. G.	5 (62,5 %)	1 (12,5 %)	2 (25 %)

QUADRO I

**Apetite.** — De uma maneira geral o apetite é bom. Os nossos pacientes apresentaram bom apetite, com exceção de 4 homens (7,1%) e 4 mulheres (21%).

Deve-se ressaltar aqui, analisando os resultados obtidos com a perda de pêso e o apetite, que o número de pacientes que tem falta de apetite é muito menor do que os de pacientes que emagrecem. Isto nos indica que embora êsses pacientes se alimentem bem, êles não conservam o pêso, seja devido à má absorção alimentar ou por ingestão insuficiente temendo as sequelas pós-prandiais.

**Plenitude.** — A sensação de plenitude foi bastante frequente mas não apresentou maior gravidade nem causou maior desconforto ao paciente. Foi mais frequente nas mulheres.

**Dumping.** — Quase todos os autores são acordes em admitir menor incidência de dumping-syndrome após Billroth I, acentuando que, quando surge o quadro, é mais leve e transitório. Essa observação foi feita inclusive por Custer e col. (8) no material da Mayo Clinic, onde o processo preferido é o Reychel-Polya, e também por Hoers (17) e Ross e Meadows (41) que são contrários ao uso de Billroth I na úlcera duodenal.

**VÔMITO**

HOMEM	4 (4,1 %)
MULHER	5 (26,3 %)
U. D.	7 (12,2 %)
U. G.	2 (11,1 %)

ULCERA PEPTICA %

MORTALIDADE... %

**PLENITUDE**

HOMEM	11 (19,6 %)
MULHER	9 (47,3 %)
U. D.	17 (29,8 %)
U. G.	3 (16,6 %)

**DÔR**

HOMEM	4 (7,1 %)
MULHER	1 (5,2 %)
U. D.	5 (8,7 %)
U. G.	0 (0 %)

**SINTOMAS PÓS-PRANDIAIS**

HOMEM	19 (33,8 %)
MULHER	15 (78,8 %)
U. D.	29 (50,7 %)
U. G.	5 (27,7 %)

QUADRO 2

Alguns autores fizeram mesmo a conversão do Billroth II em Billroth I em casos de dumping-syndrome grave, com bons resultados; isto foi feito por Perman (30) em 25 casos; Bohmanson (4) em 26 casos; Hay (14) em 2 casos; Chauncey (7) em 2 casos e Mathewson (19) em 2 casos.

Com Billroth I não tivemos nenhum caso grave, enquanto que com o Billroth II dois casos foram bastante persistentes e intensos. Fizemos mesmo nesses casos conversão do Billroth II em Billroth I de acordo com a técnica descrita de Hendley por nós modificada.

A associação da ressecção dos nervos vagos nos parece indispensável. Com efeito a alça jejunal interposta entre o estômago e o duodeno fica exposta à ação ácido péptica, sem proteção dos sucos alcalinos que não irão banhar a anastomose gastro-jejunal. Há assim a possibilidade de aparecimento de úlcera jejunal, o que se procura impedir com a associação da vagotomia abdominal supra-diafragmática.

O resumo da observação desses casos é o seguinte:

1.º caso — W. S. de 49 anos, branco, casado, lituano. Nos antecedentes referia apenas herniorrafia feita em 1949. Foi visto em 23/9/53 com queixa de vômitos freqüentes há 1 ano e que tornaram-se precoces, tendo emagrecido 13 quilos. Referiu ainda que há 5 anos apresenta azia e eructações freqüentes, sem dores. Ao exame físico geral notou-se palidês acentuada. Pela palpação do abdomen sentia-se no epigástro um cordão endurecido, doloroso, móvel com a respiração. O exame radiológico revelou úlcera da pequena curvatura.

Feita a laparotomia em 6/10/53 nada se encontrou. Após essa intervenção seu estado e sintomatologia permaneceram inalterados. Durante 6 meses assim permaneceu, sentindo dores pela manhã que aliviavam com os vômitos.

Em 16/6/54 foi submetido à gastrectomia Billroth II precólica.

Dois meses após essa operação apresentava eructações frequentes, as vêzes vômitos biliosos, tendo, no entanto, ficado livre das dores, engordou 1 quilo e meio. Esse quadro foi piorando progressivamente, os vômitos ficaram mais frequentes e precoces, voltou a sentir dores, agora retro-esternais e generalizadas por todo o abdômen, fraqueza e tremores, sintomas êsses que melhoravam ao deitar-se. Seu estado geral, contudo, permaneceu bom, tendo mantido o pêso em torno de 66 quilos (o pêso anterior à primeira operação era de 64 quilos).

Apesar de ser tratado clinicamente não melhorou, sendo reoperado em 12/9/57, 3 anos e meio após a gastrectomia, quando foi feita a conversão do Billroth II em Billroth I.

Logo após a operação apresentou aumento de 1.300 grs. no pêso, bom apetite e ausência de dores. Entretanto, posteriormente, voltou a sintomatologia anterior. Re-examinado em 30/12/58 apresentava vômitos dia sim dia não, logo após as refeições; plenitude e sudorese que as vêzes melhoram quando se deita e aliviando-se após os vômitos. Apresenta bom apetite, estando com 69,700 quilogramas de pêso.

2.º caso — S. L. de 31 anos, branco, casado, brasileiro, funileiro.

Etilista, veio pela primeira vez a consulta em 15/5/52 com dor epigástrica sem relação com ingestão de alimentos, há um ano. Apresentava azia e náuseas sem vômitos e sialorreia intensa. Negava períodos de acalmia na dor. A exoneração intestinal era praticamente diária, sem outras anormalidades. O estado geral era bom, mucosas coradas. O exame propedêutico do abdômen nada apresentava digno de nota. O exame radiológico revelou úlcera duodenal crônica.

Foi operado em 23/5/52 de gastrectomia Billroth II, transmesocólica. O pós operatório imediato decorreu normalmente, não apresentando qualquer queixa para o lado do aparelho digestivo. Dois meses após a operação referia perturbações pós-prandiais e quatro meses mais tarde apresentava vômitos biliosos precoces, raramente alimentares. Começou a emagrecer, negando dores.

Em 24/1/56, aproximadamente 4 anos após a operação ainda apresentava essas mesmas queixas para o lado do aparelho digestivo. Retornou a consultar em 5/9/57 com dumping grave, com vômitos biliosos logo após as refeições e emagrecimento de 7 quilos. Foi então proposta a conversão do Billroth II em Billroth I que foi realizada em 25/9/57.

Foi visto pela última vez em 25/11/58, apresentando fraqueza, tonturas, palpitações e sudorese. Tem bom apetite, come bem, mas sente-se empachado. O seu pêso é de 54,800 quilogramas.

Não tivemos nenhum caso de recidiva da úlcera mas os resultados encontrados na literatura sobre esse problema, são muito contraditórios.

Ross e Meadows (41) verificaram, após Billroth I 10,8% de recidivas na úlcera duodenal.

Ordahl e col. (27) relataram 28,6% de recidiva em casos de úlcera duodenal. Goligher e col. (10) tiveram em úlcera duodenal 17,5% e em 124 casos de úlcera gástrica não houve nenhuma recidiva. Walters e Lynn (44) em 237 casos tiveram recidiva provada em 7% e 3% de suspeitos; nos 146 casos de úlcera gástrica a recidiva foi de 5% e nos 32 casos de úlcera duodenal foi de 9%.

Harkins (12) insiste na importância de uma ressecção adequada, que nos seus casos foi de 75 a 80 %, fazendo uso do planímetro para avaliar a extensão da ressecção e criticando a avaliação subjetiva do cirurgião, que pode induzir a erro no cálculo da ressecção feita.

Ordahl (26) atribui a grande ocorrência de recidiva nos seus casos de úlcera duodenal à falta de regurgitação de sucos alcalinos para o estômago, pois as amostras de suco gástrico de seus pacientes operados pelo Billroth I não mostravam a presença de bile com muita frequência.

Um dado interessante e digno de comentários, é o que ressalta quando comparamos nossos resultados, obtidos na série inicial de 58 casos, com a nossa série de 83 casos.

Na série de 58 casos tínhamos 44 pacientes sem queixas e após 83 casos tínhamos 45, o que indica um aumento muito grande da proporção dos queixosos de um grupo para outro. Procuramos uma explicação para essa piora evidente dos resultados quando o que deveríamos ter era uma melhora já que estávamos mais familiarizados com essa técnica. A explicação para tal fato é de que receosos de recidiva em vez de úlcera jejunal fomos aumentando ainda mais a amplitude da ressecção gástrica, causa direta da piora dos resultados.

Isto nos mostra a influência da amplitude da ressecção gástrica no aparecimento das sequelas.

	ÚLCERA DUODENAL		ÚLCERA GÁSTRICA	
	<i>Homem</i>	<i>Mulher</i>	<i>Homem</i>	<i>Mulher</i>
Bem desde o início.	23 (53,4 %)	4 (28,5 %)	13 (100 %)	3 (60 %)
Queixosos de 3 a 24 meses, atual./bem.	11 (25,5 %)	6 (42,8 %)	0 (0 %)	1 (20 %)
Bem, mas não recuperou peso.....	5 (11,6 %)	1 ( 7,1 %)	0 (0 %)	1 (0 %)
Queixosos.....	*4 ( 9,3 %)	3 (21,7 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
TOTAL.....	43 (100 %)	14 (100 %)	13 (100 %)	5 (100 %)

QUADRO 3

A evolução de nossos pacientes, resumidas no quadro 3, nos mostra que o melhor paciente para ser operado de gastrectomia é o de sexo masculino portador de úlcera gástrica e o pior é a mulher portadora de úlcera duodenal. Mostra-nos ainda, que 25,5% dos homens e 42,8% das mulheres ainda são queixosos 24 meses após a operação. Portanto a solução do problema não está na maneira de reconstrução do trânsito. A seqüela depende diretamente do fato de ter sido feita uma ressecção do estômago e possivelmente da extensão desta. O tratamento ideal para evitar-se as seqüelas seria a cura da úlcera sem a ressecção de parte do estômago.

Por outro lado também é reconhecido o fato de que a ressecção econômica é acompanhada de maior frequência da recidiva da úlcera péptica. Se pudermos usar algum processo que associado a uma ressecção pequena evite a recidiva, talvez tenhamos uma solução provisória para o problema com um menor número de pacientes que trocariam suas queixas após a gastrectomia.

### CONCLUSÕES

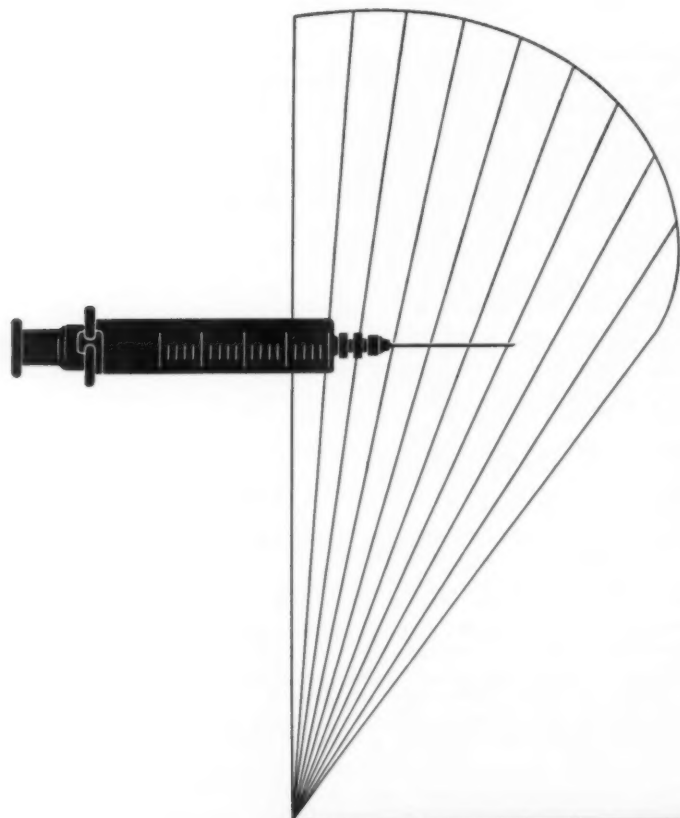
- 1) Não são poucas as seqüelas, nem reduzido o número de pacientes que as apresentam após as gastrectomias.
- 2) Pode-se fazer a reconstrução do trânsito, em casos de ressecção extensa, com relativa facilidade pela técnica do B. I.
- 3) Em casos de úlceras duodenais baixas, perfuradas na cabeça do pâncreas, exigindo sua libertação grande desvascularização da parede duodenal, em duodeno retroposto em pacientes brevílineos preferimos fazer a reconstrução à Reichel-Polya.
- 4) A mortalidade operatória do Billroth I é comparável à do Billroth II, sendo igualmente pequena. Em nossa série, não houve nenhuma morte operatória nos casos de úlcera.
- 5) As complicações pós-operatórias imediatas não são mais frequentes com o Billroth I do que com o Billroth II. Nos casos de úlcera não houve nenhuma deiscência da sutura gastro duodenal.
- 6) É comum a queixa de plenitude pelos pacientes operados pelo Billroth I.
- 7) A perda de peso é menos frequente, principalmente no homem.
- 8) O apetite de uma maneira geral é bom.
- 9) O dumping é de igual frequência tanto no Billroth I quanto no Billroth II. Não tivemos nenhum caso grave no Billroth I.
- 10) A recuperação da capacidade de trabalho é mais rápida com o Billroth I.
- 11) Não tivemos nenhum caso de recidiva.
- 12) Continuam queixosos após 24 meses, 9,3% dos homens e 21,7% das mulheres com úlcera duodenal.
- 13) O homem tolera melhor do que a mulher a ressecção ampla do estômago, sendo suas seqüelas menos frequentes e intensas.

- 14) Em face de um caso de úlcera gastroduodenal fazemos ampla ressecção e bom descolamento duodenal com retirada da úlcera. A reconstrução será feita à Billroth I sempre que for possível uma aproximação gastroduodenal sem tensão e as paredes do duodeno inspirarem confiança. Na falta de um destes fatores preferimos fazer a reconstrução à Billroth II.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) ABBOT, W. E. — *Discussão do trabalho de Moore e Harkins* (40). *Surgery*, 32:436, 1952.
- 2) BASTOS, E. S. — *Tratamento cirúrgico da úlcera gastroduodenal*. *Rev. Paulista de Med.*, 49:369, 1956.
- 3) BASTOS, E. S.; FROTA, R. — *Considerações sobre a técnica e os resultados imediatos das gastroduodenectomias à Billroth I*. *Rev. Paulista de Medicina*, 47: 562, 1955.
- 4) BOHMANSON, G. — *Prophylaxis and therapy in late postgastrectomy complications*. *Acta. Med. Scandinav.*, supl., 246:37, 1950.
- 5) CAPPER, W. M.; WELBOURN, R. B. — *Billroth I gastric resection*. *Lancet*, 267:193, 1954.
- 6) CEBALLO, A. — *Técnica de la gastrectomia Billroth I em la resection por úlcera gastroduodenal*. *Rev. Cir. Buenos Aires*, 12:241, 1933.
- 7) CHAUNCEY, L. — *Discussão do trabalho de Mathewson Jr.* (34). *Am. J. Surg.*, 90:323, 1955.
- 8) CUSTER, M. D.; BUTT, H. R.; WAUGH, J. M. — *The so-called "dumping-syndrome" after subtotal gastrectomy. A clinical study*. *Ann. Surg.*, 123:410, 1946.
- 9) GLENN, R. — *Discussão do trabalho de Walters e Lynn* (73). *Ann. Surg.*, 144:472, 1956.
- 10) GOLIGHER, J. C.; MOIR, P. J.; WRIGLEY, J. H. — *The Billroth I and Polya operations for duodenal ulcer. A comparison*. *Lancet*, 270:220, 1956.
- 11) GOMES, O. — *Úlcera duodenal. Tratamento*. *An. IX Congr. Argent. de Cir.*, 1937, pag. 426.
- 12) HARKINS, H. N. — *Discussão do trabalho de Walters e Lynn* (73). *Ann. Surg.*, 144:471, 1956.
- 13) HARKINS, H. N.; SCHMITZ, E. J.; NYHUS, L. M.; KANAR, E. A.; ZECH, R. K.; GRIFFITH, C. A. — *The Billroth I gastric resection. Experimental studies and clinical observations on 291 cases*. *Ann. Surg.*, 140:405, 1954.
- 14) HAY, L. — *Discussão do trabalho de Moore e Harkins* (40). *Surg.*, 32:435, 1952.
- 15) HENLEY, F. A. — *Gastrectomy with replacement. A preliminary communication*. *Brit. J. Surg.*, 46:118-128, 1952.
- 16) HIGGINSON, J. F.; CLAGETT, O. T. — *Gastric resection; the Schoemaker Billroth I operation*. *Surg.*, 24:613, 1952.
- 17) HOERS, S. O. — *Discussão do trabalho de Moore e Harkins* (40). *Surg.*, 32:435, 1952.
- 18) LOCALLO, S. A. — *Adequate gastric resection with gastroduodenostomy*. *Surg., Gynec. & Obst.*, 101:269, 1955.
- 19) MATHEWSON JR., C. — *Conversion of Billroth I for the relief of post-gastrectomy symptoms*. *Am. J. Surg.*, 90:317, 1955.
- 20) MOLONEY, G. E. — *Back to Billroth I. A comparison of Billroth I and II operations*. *Brit. M. J.*, 1:1186, 1954.
- 21) MONTEIRO, A.; BARRETO, H. — *Aseptic gastric resection, Billroth I technique*. *Surg.*, 23:178, 1948.

- 22) MONTENEGRO, E. B.; CORRÊA, J. P.; REIFF, T. S.; VILLELA, M. O. — *Por que Billroth I? Considerações sobre 50 casos.* Rev. Paulista Med., 51:259, 1957.
- 23) NAKAYAMA, K. — *Simplification of the Billroth I gastric resection.* Surg., 35:837, 1954.
- 24) NOGUEIRA, P.; SANTANA, L. A. — *Posição atual do Billroth I na ressecção gastroduodenal por úlcera.* Rev. Paulista de Med., 49:343, 1956.
- 25) OLIVEIRA, M. R. — *Gastroileostomia inadvertida. Contribuição para seu estudo clínico, radiológico e anátomo-patológico.* Tese. S. Paulo, 1953.
- 26) ORDAHL, N. B. — *Discussão do trabalho de Ordahl e col. (48).* Surg., 38:168, 1955.
- 27) ORDAHL, N. B.; ROSS, F. P.; BAKER JR. D. V. — *The failure of partial gastrectomy with gastroduodenostomy in the treatment of duodenal ulcer.* Surg., 38:158, 1955.
- 28) PAULINO, F. — *Mobilização do duodeno na gastrectomia pela técnica de Billroth I.* Rev. Bras. de Cir., 32:517, 1956.
- 29) PAULINO, F.; PEREIRA, A. — *Técnica da gastrectomia sub-total pelo método de Billroth I.* Rev. Bras. de Cir., 31:565, 1956.
- 30) PERMAN, E. — *The so-called dumping syndrome after gastrectomy.* Acta. med. Scandinav., supl., 196: 361, 1947.
- 31) ROSENBERG, D. — *Tratamento cirúrgico da úlcera gastroduodenal.* Rev. Paulista Med., 25:73, 1944.
- 32) ROSENBERG, D. — *Estudo anômico dos Nervos Vagos na Porção Infrabrônquica do Esôfago.* Tese. S. Paulo, 1949.
- 33) ROSENBERG, D. — *Contribuição para o Tratamento da Úlcera Duodenal pela Ressecção dos Nervos Vagos.* Tese. S. Paulo, 1949.
- 34) ROSENBERG, D. — *Considerações em torno da gastrectomia a Billroth I.* Rev. Paulista Med., 49:370, 1956. Resumo.
- 35) ROSENBERG, D. — *Gastrectomia a Billroth I. Técnica e resultados imediatos.* Rev. Paulista de Med., 49:367, 1956. Resumo.
- 36) ROSENBERG, D. — *Considerações em torno da gastrectomia a Billroth I.* Rev. Paulista Med., 41:183, 1957. Resumo.
- 37) ROSENBERG, D.; — VIANNA, F. C. — *Resultados da gastrectomia subtotal a Billroth II no tratamento da úlcera duodenal.* Rev. Paulista Med., 51:91, 1957.
- 38) ROSENBERG, D.; — CARVALHO, W. D.; VIANNA, F. C. — *Influência da ressecção dos nervos vagos na secreção ácida do estômago.* Ann. VII Congr. Bras. Gastroenterologia. Porto Alegre, 1956, pg. 49.
- 39) ROSENBERG, D.; — FARIA, P. A. J.; PAN, J. — *Resultados clínicos tardios da ressecção dos nervos vagos no tratamento da úlcera duodenal.* Ann. VII Congr. Bras. Gastroenterologia. Porto Alegre, 1956, pg. 52.
- 39<sup>a</sup>) ROSENBERG, D.; — PANCHACON, J. — *Posição atual da ressecção dos nervos vagos no tratamento da úlcera duodenal.* Jornal Bras. Med., 2:161, 1960.
- 40) ROSENBERG, D.; — SECAF, F. — *Estudo radiológico do estômago vagotomizado.* Ann. VII Congr. Bras. Gastroenterologia. Porto Alegre, 1956, pag. 55.
- 41) ROSS, F. P.; MEADOWS, E. C. — *The treatment of peptic ulceration by extensive partial gastrectomy with gastroduodenostomy. A preliminary report.* Surg., 32: 426, 1952.
- 42) SCHOEMAKER, C. A. — *Partial gastrectomy in the war years.* Surg., Gynec. & Obst., 88:447, 1949.
- 43) WALLNSTEN, S.; GOTHMAN, L. — *An evaluation of the Billroth I operation for peptic ulcer.* Surg., 33:1, 1953.
- 44) WALTERS, W.; LYNN, T. E. — *Results of 237 Billroth I gastric resections for peptic ulcer: a six to fifteen years follow-up.* Ann. Surg., 144:464, 1956.



Thionembutal





# Hernia diafragmática na criança

## Apresentação de um caso

Dr. LAURO AMERICANO SANT'ANNA

(*Cirurgião da Caixa de Ap. e Pensões dos Ferroviários e Empregados  
em Serviços Públicos. S. Paulo*)

e

Dr. EMIL BURIHAN

(*Cirurgião do Hospital São Paulo*)

A hernia diafragmática na criança é uma eventualidade que deve ser lembrada, pois casos há em que seu diagnóstico só é feito fortuitamente, embora estejam presentes sintomas e sinais.

O caso que vamos comentar é o de uma criança de 5 anos, do sexo feminino, e que depois de um acidente de automóvel em outubro de 1959, submeteu-se a várias radiografias; na do torax, para visualização dos arcos costais, suspeitou-se de hernia diafragmática. Após tratamento e consolidação de uma fratura de tibia esquerda, foi encaminhada para o nosso serviço em janeiro de 1960, queixando-se de falta de ar quando corria ou fazia qualquer esforço e dor no epigástrio logo após as refeições. Essas queixas já eram antigas, embora não se tivesse dado a devida importância.

O exame físico mostrava uma criança pouco desenvolvida, com pêso inferior ao normal e panículo adiposo escasso.

Exame do torax: À ausculta notavam-se ruídos hidro aéreos nos 2/3 inferiores do hemitorax E. e ausência de murmúrio vesicular, audível só no ápice. À percussão, timpanismo bastante aumentado na área dos ruídos.

Aceitou-se o diagnóstico de hernia diafragmática, que foi posteriormente confirmado pelos filmes do torax e contrastado do estômago. Fig. 1 e Fig. 2.

O abdomen se apresentava, plano e não abaulado, como é comum nas crianças, pelo fato do pouco conteúdo abdominal.

Preparou-se a paciente e levou-se à toraco-laparotomia pelo oitavo espaço intercostal. Aberto o torax, pela incisão, projetaram-se alças intestinais do delgado e na cavidade torácica encontrou-se além



FIG. 1 — Atelectasia do pulmão e bôlha de ar gástrica intra-torácica.

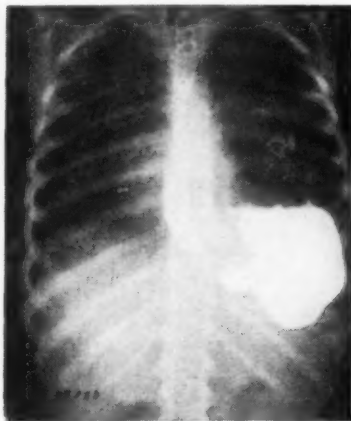


FIG. 2 — Estômago, colons e delgado na cavidade torácica. Hérnia diafragmática.

do delgado (grande número de alças) o estômago, o colon transverso e o baço rotado para a cavidade torácica.

Não existia saco herniário, o que serve para distinguir de outros tipos de hernias diafragmáticas.

Por meio de manobras suaves conseguiu-se levar tôdas as vísceras que pertenciam ao abdomen, para seu respectivo domicílio, exceto o baço que se apresentava fixado ao folheto posterior do diafragma. Só então, conseguiu-se encontrar o folheto ventral do diafragma, que se apresentava bem constituído e da a impressão de uma fôlha livre, oscilando entre as duas cavidades. Não se conseguiu libertar o folheto posterior do diafragma, que adería firmemente ao baço. Optou-se então pela esplenectomia, descolando-se o folheto posterior da superfície convexa do baço, resultando uma lâmina ampla. Até o momento da redução da massa de órgãos herniados, pensou-se em agenesia completa do músculo diafragmático, pela extensão do hiato e quantidade de vísceras abdominais no torax. Alguns autores, de fato afirmam que o tipo de hernia diafragmática só é conhecido no ato cirurgico. Outro fato interessante, foi expandir-se espontâneamente o pulmão que se encontrava comprimido e reduzido de  $2/3$ , logo que se retirou a compressão, não ficando nenhuma zona atelectasica. Fig. 1 e Fig. 3.

Os 2 folhetos diafragmáticos, o ventral em folha livre e o posterior resultante do descolamento esplênico, foram aproximados após reavivamento das margens por meio de pontos separados de algodão; desde o centro frênico até as inserções costais. A aproximação fêz-se sem tensão, devido a extensão dos 2 folhetos.

Como já ficou dito, à primeira vista teve-se a impressão de ausência do diafragma, e só depois da redução do estômago, delgado, colon e rotação do baço para a cavidade abdominal é que se verificou a existência do folheto ventral e do posterior aderente ao baço. Conseguiu-se esse folheto após esplenectomia. Se não foram essas lâminas teria sido muito difícil separar as 2 cavidades mesmo com o uso de plástica, quer com faixa ou telas em virtude da grande extensão do hiato.

Não se pode entender os vários tipos de hernia diafragmática congênita sem se estudar a embriogenese do diafragma, que é muito complexa.

A classificação mais difundida é a de Harrington, que assim divide:

- 1.<sup>a</sup>) Hernia através o hiato esofágico.
- 2.<sup>a</sup>) Hernia através o forame de Morgagni (retro esternal).
- 3.<sup>a</sup>) Hernia pleuro peritoneal (pelo forame de Bochdaleck).
- 4.<sup>a</sup>) Hernias através de outros defeitos congênitos do diafragma (ausência total ou parcial do diafragma ou falta de soldadura dos folhetos).

O caso presente podemos classificar no 4.<sup>o</sup> grupo, hernia por defeito extenso do diafragma, onde não houve soldadura dos 2 folhetos, havendo uma ampla comunicação entre as duas cavidades e sem saco herniário, o que é mais comum nesse tipo de hernia e mais freqüente à esquerda. Atribui-se o fato a que à direita o fígado protege por seu volume a invasão do torax.

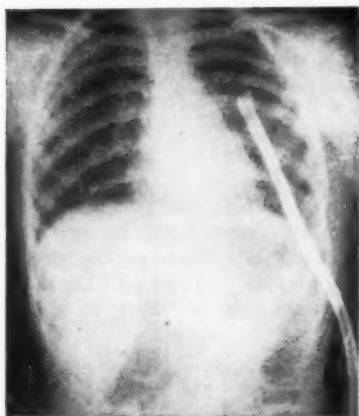


FIG. 3 — RX pós-operatório. Redução da hérnia diafragmática e pulmão completamente expandido.

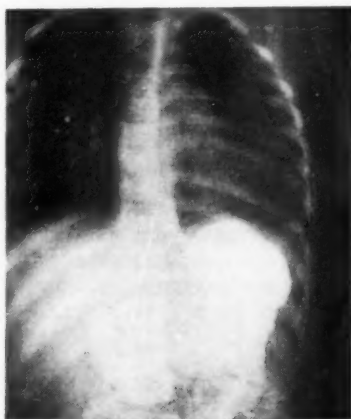


FIG. 4 — RX de controle. Redução da hérnia e pulmão completamente expandido.

É evidente que a sintomatologia variará de acôrdo com o comprometimento maior ou menor dos órgãos contidos na cavidade torácica. Analisando os filmes do caso em apreço, poder-se-á ter uma idéia das alterações possíveis. sinais e sintomas.

Assim a Fig. 1 mostra um pulmão atelectasiado, reduzido a 1/3 de área funcionante, com deficit respiratório que explica a dispnéia de esforço acusada pelo paciente e levando à cianose em outros casos. Por outro lado o desvio do mediastino para a direita poderia provocar serios distúrbios no aparelho circulatório, com quêda de pressão e taquicardia. Além disso, a presença de grande parte do aparelho digestivo; como asfixia por compressão pulmonar e desequilíbrio vômitos. Na nossa paciente, a sua queixa, (dôr epigástrica após refeição,) seria devido à distensão gástrica e dificuldade de esvaziamento.

A gravidade das hernias congenitas diafragmáticas às vêzes é tão grande, que pode levar a criança à morte, nas primeiras horas de vida por alterações nos aparelhos respiratório, circulatório ou digestivo; como asfixia por compressão pulmonar e desequilíbrio do balanço do mediastino ou obstrução intestinal.

O tratamento é sempre cirurgico e em casos semelhantes achamos que a via toraco-abdominal seja a mais indicada. A refacção do diafragma neste caso não seria possível, sem se utilizar a toracolaparotomia e posteriormente a esplenectomia. A via abdominal não permitiria jamais sutura dos dois folhetos diafragmáticos, tornaria mais difícil a redução dos órgãos herniados e exigiria uma anestesia mais profunda.

O pós-operatório teve a orientação comum, em tal tipo de intervenção, associada aos cuidados peculiares à idade da paciente. A Fig. 3 mostra ainda o dreno na cavidade torácica, com expansão completa do pulmão e sem derrame.

A paciente teve alta hospitalar após 14 dias. em boas condições e passado 1 mez fez uma radiografia de controle, fig. 4.

## RESUMO

Os AA lembram a possibilidade da hernia diafragmática na criança. Apresentam um caso de hernia congenita. em criança de 5 anos, operada com exito pela via toraco-abdominal, sendo necessária a esplenectomia. Encontrava-se no torax o estômago, delgado, colons e baço. Havia uma comunicação ampla entre as duas cavidades.

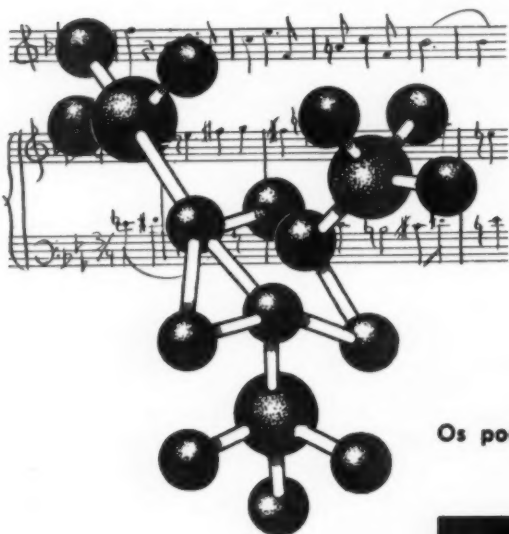
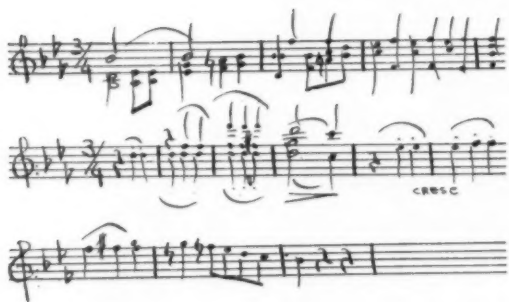
## SUMMARY

The AA remember the possibility of diaphragmatic hernia in the child. Study one case of congenital diaphragmatic defect of a five years old child, with stomach, small intestine, colons and spleen herniated by a very large hiatus. The child is operated by a thoraco abdominal incision with very well result.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) BARBOZA, L. T. & VAZ, O.: *Hernia diafragmática congenita. A propósito de um caso em recém-nascido, operado com êxito.* Boletim Centro de Estudos Hosp. Servidores Estado, 3:137-50, 1951.
- 2) BINGHAM, J. A. W.: *Herniation through congenital diaphragmatic defects.* Brit. J. Surg., 47:1-15, 1959.
- 3) CARVALHO PINTO, V. A. & VILHENA MORAIS, R.: *O problema das hernias diafragmáticas congênitas.* Rev. Ass. Médica Brasileira, 1:249-255, 1954.
- 4) DELASCIO, D., MOBIN, H. JR. & AUN, R. A.: *Hernia diafragmática congênita.* Rev. Gyn. Obst., 2:619-54, 1950.
- 5) GANTS, R. T.: *Hernia diafragmatica. Revision de la bibliografia con descripcion de casos ilustrativos.* An. Cir. (Version Castellana) 13:193-207, 1954.
- 6) GROSS, R. E.: *The surgery of infancy and childhood. Its principles and techniques*, 428 Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1953.
- 7) HARRINGTON, S. W.: *Diaphragmatic hernia of children.* Ann. Surg. 115:705-715, 1942.
- 8) HARRINGTON, STAR W.: *Various types of diaphragmatic hernia treated surgically.* Reported of 430 cases. Surg. Gynec. & Obst., 86:735-760, 1948.
- 9) HUNTER, R. E.: *Herniation through the foramen of Morgagni*, Brit. J. Surg., 47:22-27, 1959.
- 10) KIRKLAND, J. A.: *Congenital postero-lateral diaphragmatic hernia in the adult.*, 47:16-22, 1959.
- 11) TOLLINS, S. H.: *Hernia diaphragmatica congénita en el recién nacido.* An. Cir. (Version Castellana), 12:323-327, 1953.

# COMPOSIÇÕES HARMÔNICAS



A CHIMICA » **Bayer** « S.A.

Rio de Janeiro

Os poderosos analgésicos

*oral*

**DOLVIRAN®**

*injetável*

**DOLVISOL®**

## A criação do Instituto-Hospital para correção dos defeitos da face (\*)

PAULO DE CASTRO CORREIA

*(Docente livre de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo)*

Todos os médicos que estão em contacto e procuram tratar pacientes com defeitos na face, ficam logo surpreendidos com o número de pessoas que necessitam de cuidados, com a complexidade do problema e também com os bons resultados que hoje podem ser obtidos. Sentem, também, a necessidade de um trabalho em equipe, pois muito pouco pode ser feito isoladamente.

Por estes motivos, médicos em vários países têm lançado a idéia da criação de centros de reabilitação para os pacientes que apresentam defeitos da face. O termo reabilitação é muito bem empregado, pois os indivíduos com defeitos da face são retraídos, anti-sociais, e depois de uma correção adequada voltam prazerosamente ao convívio de sua família, dos seus amigos, representando um ganho para a coletividade. Este problema ganha muito em importância quando se considera o fato que uma boa parte dos grandes defeitos da face são de nascença, afetando portanto as pequenas crianças. A correção adequada de um defeito de nascença, no momento oportuno, representará toda uma vida útil conquistada para a sociedade.

Nos Estados Unidos e na Europa já existem alguns centros com essa finalidade. São autônomos ou ligados a hospitais gerais. Congregam especialistas e setores afins da medicina e odontologia, todos trabalhando convergentemente para o tratamento da criança ou do adulto deformado. Um dos mais recentes desses centros foi criado em 1955, em Nova York, pelo prof. J. M. Converse. Em São Paulo, foi fundada em 1956, sob a presidência do prof. Benedicto Montenegro, a Associação Paulista para Correção dos Defeitos da Face, tendo como finalidade precípua a criação de um Instituto — Hospital destinado ao tratamento dos pacientes portadores de deformidades faciais, unidade hospitalar esta que está sendo construída em terreno cedido pela Cruz Vermelha Brasileira, seção de São Paulo.

### Organização do Instituto-Hospital:

O Instituto-Hospital para Correção dos Defeitos da Face terá várias secções, a saber :

- 1) *Serviço Social* — Fundamental numa organização desse tipo, encarregado de estudar casos individuais, problemas familiares, e discernir quais os pacientes que deverão ser atendidos gratuitamente ou semi-gratuitamente.
- 2) *Pediatria* — Assistir às crianças em tratamento.
- 3) *Cirurgia* — Parte fundamental do Instituto. Encarregada da correção cirúrgica dos defeitos da face, contando com especialistas em cirurgia plástica e cirurgia maxilo-facial.
- 4) *Ortodontia* — Importante na correção de determinados defeitos dentários associados, em crianças e adolescentes.
- 5) *Prótese* — Tanto na parte dentária como na parte maxilo-facial. Por exemplo, construção de uma orelha protética numa pessoa de certa idade, que teve a orelha removida por câncer ou em consequência de traumatismo.
- 6) *Oto-rino-laringologia* — Muito importante, em especial para a correção de crianças com defeitos da audição, associado às mi-crotias.
- 7) *Oftalmologia* — Principalmente para defeitos das pálpebras e da cavidade orbitária.
- 8) *Reeducação fonética* — Setor fundamental. Destinar-se-à especialmente às crianças com fissura palatina, que têm a característica voz fanhosa. O tratamento cirúrgico nem sempre é suficiente. Após este é necessário o concurso de um educador fonético ou foniatra. Em numerosas outras afecções, o papel do foniatra será importante.
- 9) *Reabilitação* — As pessoas com defeitos da face são retraídas e anti-sociais. Importante a reabilitação do ponto de vista psíquico. Cabe ao psicoterapeuta um papel de relevo dentro da organização do Instituto-Hospital.
- 10) *Exames subsidiários* — Especialmente a eletromiografia e a encefalometria.

### Funcionamento do Instituto-Hospital :

O Instituto-Hospital, com todos esses serviços, equipados com o material técnico adequado, funcionará ao lado e em íntima colaboração com o Hospital Infantil (de Indianopolis) da Cruz Vermelha Brasileira. Disporá de 70 leitos, sendo que aproximadamente a metade será para pacientes que não dispõem de recursos.



O Instituto-Hospital destina-se a atender todos os pacientes portadores de defeitos da face (e acessoriamente de outros defeitos que entram no domínio da cirurgia plástica). A título de exemplificação, citaremos algumas afecções mais comuns. O lábio leporino e a fissura palatina constituem a afecção tipo em que a ação do Instituto-Hospital será bem evidente. Esses defeitos são muito comuns. De cada 800 crianças que nascem em nossas Maternidades, uma apresenta um defeito desse tipo. No tipo mais freqüente, fissura completa do lábio e do palato, o recém-nascido precisa do seguinte: *a)* operação cirúrgica no lábio; *b)* cuidados do pediatra desde o nascimento; *c)* cuidados do oto-rino-laringologista, dada a elevada incidência de otites médias nesses casos; *d)* cirurgia, aos 18 meses, para correção da fissura palatina; *e)* educação fonética para a supressão ou diminuição dos defeitos da fala, residuais, após a operação; *f)* cuidados do ortodontista ou do cirurgião oral para correção das arcadas dentárias; *g)* alguns casos precisam ainda do protético para fazer um obturador de fendas palatinas residuais ou não; *h)* em geral há necessidade de psicoterapia para correção de sentimentos de inferioridade, praticamente presentes na totalidade desses casos. Como se vê, por este exemplo, há realmente necessidade de um trabalho de equipe, harmônico, de todos esses setores da medicina e da odontologia.

Numerosos outros exemplos podem ser citados: ferimentos e cicatrizes da face; queimaduras; ptoses palpebrais; defeitos nas cavi-



*Estudo da perspectiva do Instituto-Hospital para Correção dos Defeitos da Face, em construção à Av. Moreira Guimarães, 699, São Paulo. Construtora Pacheco Fernandes, Dantas Ltda.*

dades orbitárias; nariz em sela; nariz adunco; nariz luético; nariz leishmaniótico; orelhas em abano; microtias; paralisia facial; defeitos e tumores da mandíbula; fraturas dos ossos da face; e numerosos outros defeitos.

### CONCLUSÃO

Esta é uma exposição sucinta das finalidades e da organização do Instituto-Hospital para Correção dos Defeitos da Face, em construção à Av. Moreira Guimarães, 699, na cidade de São Paulo, que se pretende instituir como um grande centro de cirurgia plástica reparadora.

## Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

### TABELA DE PREÇOS DE ANÚNCIOS

	Crt
Capa externa (12 x 19 cm) por vez .....	7.000,00
Capa interna (12 x 19 cm) por vez .....	6.500,00
1 página (12 x 19 cm) por vez .....	6.000,00
1/2 página (9 x 12 cm) por vez .....	3.500,00
1/4 página (9 x 5,5 cm) por vez .....	2.500,00
Encarte por vez .....	4.000,00

## LIO PREFISOL

### EXTRATO DA HIPÓFISE ANTERIOR LIOFILIZADO

Contém os hormônios elaborados pelo lobo anterior da glândula hipofisária bovina em forma liofilizada.

- \* Desenvolvimento somático retardado
- \* Distrofia adiposo-genital
- \* Hipogenitalismo masculino da idade pré-puberal
- \* Magreza hipofisária
- \* Pan-hipopituitarismo
- \* Caquexia hipofisária

APRESENTAÇÃO: Frasco-ampóla com 60 U.P.



### OPOTERÁPICA NESPA S/A.

Rua França Finto, 616/628 — Tels. 7-6902/7-1804  
SÃO PAULO, BRASIL

## DR. SYLVIO COSTA BOOCK

### LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAÚLIO GOMES, 25 - 4.º Andar — TELEFONES 4-7744 e 8-5445

*Ao Eminente Professor*  
*Benedito Montenegro*  
*as homenagens do*



*Laboratório Sintético*

